

ANNEE 1970

THESE

N^o

142

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Lucien TENENBAUM

Né le 9 décembre 1939 à PARIS IVe

Ancien interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA RELATION
MEDICALE DANS LES DISPENSAIRES D'HYGIENE MENTALE
DE L'ANCIEN DEPARTEMENT DE LA SEINE**

Président : Mr. Clément LAUNAY, Professeur

ANNEE 1970

THESE

N^o

POUR LE

DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'Etat)

P A R

Lucien TENENBAUM

Né le 9 décembre 1939 à PARIS IVe

Ancien interne des Hôpitaux Psychiatriques de la Seine

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE :

**CONTRIBUTION A L'ETUDE DE LA RELATION
MEDICALE DANS LES DISPENSAIRES D'HYGIENE MENTALE
DE L'ANCIEN DEPARTEMENT DE LA SEINE**

Président : Mr. Clément LAUNAY, Professeur



à P., dont je

à la mémoire du camarade Ai Quoc

à Monsieur le Professeur Clément LAUNAY
Professeur à la Faculté de Médecine
de Paris,
Médecin des Hôpitaux,
qui a eu la bienveillance d'accepter
la présidence de cette thèse

à Mademoiselle le Docteur H. CHAIGNEAU
mai qu'elle considère l'intention
de ce travail plus que sa valeur

À Monsieur le Professeur Raymond LAFAY

Madame

Digitized by the Internet Archive
in 2026

Monsieur l'Honorable,

qui a eu la bienveillance d'accepter
la présidence de cette thèse

À Mademoiselle le Docteur H. CHATELAIN

qui m'a fait l'honneur de m'indiquer

de ne pas perdre plus que ce

INTRODUCTION

L'incitation initiale à entreprendre cette étude vint de la perplexité ressentie devant certains faits qui semblaient contradictoires, voire aberrants au sein du système médical. Ainsi du décalage qui apparaissait entre la pratique idéale de la médecine que promeut le code de déontologie et la pratique réelle que j'avais l'occasion d'exercer dans les dispensaires d'hygiène mentale, pratique que dans une certaine mesure m'imposait, que je le veuille ou non, l'institution.

Si cette interrogation pouvait sembler quelque peu spéculative, il en était une autre qui revenait assez souvent aussi bien dans le discours des patients que dans celui des soignants, au dispensaire comme à l'hôpital, c'était celle du rôle de l'argent et du mode de paiement. Ce problème était dans le même temps soulevé en d'autres lieux, à propos par exemple de la psychanalyse, de la Sécurité Sociale, ou de la politique sanitaire dans son ensemble.

Les réponses qu'on apportera à ces questions et le cheminement par lequel on les aura obtenues auront des répercussions notables sur la prise en charge de la santé mentale et inévitablement sur la manière dont on en concevra l'articulation dans la société. C'est pour apporter des éléments de discussion à cette élaboration majeure que j'ai entrepris cette réflexion, réflexion individuelle par nécessité universitaire mais issue d'une pratique et d'interrogations collectives, et qui ne prendra son sens véritable que d'être reprise ultérieurement sur les lieux mêmes où se déroule la pratique interrogée et avec ses protagonistes.

On voit un malade dans un cabinet privé. On voit un malade dans un bureau de dispensaire. Les paroles échangées semblent les mêmes, on semble faire les mêmes gestes, prescrire les mêmes médicaments, prodiguer les mêmes conseils.

On pourrait penser qu'il s'agit ici et là de la même activité, d'une médecine partout semblable à elle-même, pratiquée par des médecins de formation identique, utilisant un vocabulaire et des concepts communs, s'appuyant sur une éthique qui s'impose à tous les médecins quels que soient leurs lieux d'exercice.

Et pourtant ! Dans un cas les sacro-saintes prescriptions du code de déontologie - libre choix, entente directe, paiement direct, secret - sont observées (avec les réserves liées à l'existence de la Sécurité Sociale et que j'envisagerai), dans l'autre elles semblent totalement caduques. Ici la consultation se conclut par un paiement en argent, là il n'est pas question. Ainsi se font jour des contradictions que les notions habituelles ne suffisent pas à expliquer. Ces discordances, quant à la place de l'argent et à la validité de la déontologie, j'ai choisi de les traiter comme des lapsus, fils d'Ariane vers des chaînes signifiantes dont la structuration organise le déroulement du discours social et en explique les discordances apparentes.

Ce n'est pas par hasard que se sont présentés à moi ces deux fils conducteurs que sont l'argent et le code de déontologie.

En effet, dans la société où nous vivons, pour analyser une institution, en dégager les valeurs et les buts réels du voile de bonnes intentions ou de faux-prétexes dont ils sont recouverts, pour en découvrir le fonctionnement et la structure, pour saisir le sens de la discordance entre l'image qu'elle se donne et qu'elle veut donner d'elle-même et sa réalité, il n'est rien de plus efficace que de prendre le fil conducteur de l'argent, car c'est lui qui, par sa circulation à l'intérieur de l'institution et la place qu'il tient dans son langage y ordonne les relations interpersonnelles et y marque le lieu du pouvoir, car c'est lui qui, par son origine et sa destination, spécifie la place de l'institution considérée dans la société environnante, et par conséquent le sens qu'elle a pour celle-ci, c'est-à-dire sa fonction.

D'autre part, au niveau interpersonnel, si l'argent n'est que la marque d'un échange, il institue un échange inégal - puisqu'on échange une valeur d'usage, service ou marchandise (qui clôt l'échange de son côté) contre un moyen d'échange qui ouvre la possibilité d'échanges ultérieurs - et il faut examiner ce qu'apporte chacun dans cet échange et quelles relations détermine l'inégalité de l'échange.

L'argent circulant dans les relations et institutions médicales, malgré la nature très spéciale du "service" acheté n'échappe pas à ces déterminations.

Mais si l'argent circulant dans les échanges sociaux en est l'agent structurant et y détermine le statut de chacun, échange et statut sont justifiés, et comme surdéterminés par un ensemble de valeurs et de normes qui se veulent transcendentales et universelles, et dont la réalité sociale ne serait que l'application particulière. Le code de déontologie se présente ainsi comme l'ensemble des règles qui doivent régir l'activité professionnelle des médecins, tirant leur légitimité d'être l'application à un champ particulier d'activité de principes universels et leur validité d'avoir été édictées par la puissance publique sous la forme d'un décret gouvernemental incorporé au Code de la Santé Publique.

Le code constitue ainsi un discours normatif qui a force de loi. En tant que discours, il ordonne ses dispositions en un ensemble où chacune prend son sens de ses rapports avec les autres, mais il n'est norme et loi qu'en se soutenant de la référence à un terme absent du discours, signifiant primaire qui se manifeste dans la transgression de la loi et dont il s'agit justement de se protéger. C'est bien cette référence qu'on scrute lorsqu'il s'agit "d'interpréter" la loi et qui se dévoile en partie dans la jurisprudence, c'est-à-dire dans le non-énoncé de la loi.

Si la déontologie est "l'ensemble des règles qui doivent promouvoir, guider et limiter l'action du médecin" (I) elle ne peut se définir qu'en fonction d'un référent fondamental auquel s'ancre "l'action du médecin" et que celle-ci ne saurait transgresser sous peine de dénaturer les significations dont sont investis le médecin, le malade, la maladie, l'acte médical, dans la société qui se protège par ce code déontologique.

C'est bien cette relation du code à un référent fondamental qui sera interrogé ici par une double approche :

- en imposant une certaine forme à l'échange médical, le code cherche-t-il à prévenir l'émergence d'un dit qui pourrait s'y faire jour et menacer le corps social ?
- quand la pratique s'écarte radicalement du code, comme dans les dispensaires d'hygiène mentale, comment peut-on interpréter cet écart :

- s'agit-il pour la société d'un ordre de pratique tout à fait différent de celui où le code s'applique, la psychiatrie différant alors de la médecine ?

- ou serait-ce que la transgression redoutée dans "l'action du médecin" ne risque de s'accomplir dans la pratique psychiatrique car la protection en serait déjà largement assurée, par d'autres voies ?

- ou enfin cet écart serait-il l'indice d'un conflit évolutif dont la résolution pourrait se faire soit par l'extension du code à toute pratique médicale, soit par la caducité généralisée du code ?

Afin d'éclairer ces questions, j'étudierai d'abord la relation médicale habituelle, entre le patient tout-venant et un praticien privé, en me centrant sur le sens de l'échange pour comprendre le rôle qu'y joue la circulation de l'argent, en quoi elle ancre l'échange dans la réalité sociale et comment elle se traduit dans une institution idéologique, le code de déontologie.

Puis je tenterai, guidé par ces données, une analyse de la relation médicale dans les dispensaires d'hygiène mentale, pour essayer de voir en quoi la gratuité et la caducité du code de déontologie imposent un réexamen critique du rôle du médecin, de la direction de l'échange, du statut du malade.

Ce cheminement nous mènera à insérer dans un troisième temps le dispositif d'hygiène mentale dans un ensemble historique et institutionnel qui en révèle le sens véritable et permet de résoudre les contradictions dont je suis parti, mais qui à son tour soulève bien d'autres problèmes, point de départ de réflexions ultérieures.

Si l'on objecte que cette réflexion ne concerne que de loin la psychiatrie, je dirai qu'il s'agit en fait d'un débat situé au coeur même du problème de la folie et que la démarche adoptée - utilisation du lapsus, dévoilement des chaînes de signifiants et de significations, mise à jour du fantasme, du désir et de la demande, conscience de la place qu'on occupe dans le désir de l'autre et qu'il occupe dans le nôtre - est une de celles qui permettent le mieux d'aborder les faits psychiatriques cliniques qu'on s'attardait à voir traités dans une thèse de médecine.

En ce sens, cette réflexion ne saurait être plus "psychiatrique", au point ou quatre années d'internat m'ont amené.

LA RELATION MEDICALE PAYANTE
ou L'ECHANGE INEGAL

I) La différence

Que se passe-t-il dans la relation médicale d'homme libérale ?

Un individu ressent dans son être, son corps en général, une difficulté, une rupture du silence cénesthésique de l'état de santé, une différence pénible ; il peut la nommer d'emblée, ou il ne peut pas, mais il ne peut la surmonter SEUL, d'où un déséquilibre, un appel qui va émerger au niveau du langage par un "je suis malade" ou "ça ne va pas", impliquant du même coup l'établissement d'une relation et définissant le champ où elle va se situer.

Dans le même mouvement surgit la question : "je vais demander quelque chose, et qui m'est d'importance, que vais-je donner à la place ?" Réponse sous-entendue "de l'argent, évidemment". L'appel au médecin, même quand la nécessité en est pleinement reconnue, peut être différé, voire annulé, pour des raisons d'argent.

Mais celui qui est maintenant un "malade" ou un "patient" (c'est-à-dire un souffrant) fait le pas supplémentaire qui en fait un client et lui donne de plein droit le statut de malade aux yeux de la société. Il va consulter. Le choix même du médecin, s'il est libre, n'en est pas moins influencé par des facteurs divers. Je parle bien du choix, c'est-à-dire du mouvement par lequel on va voir un nouveau médecin. Ce choix est largement déterminé par le souci de perdre le moins possible dans la relation qui va se dérouler. Choisit-on le médecin le plus proche, ou le plus accessible, il s'agit de perdre le moins de temps et d'argent en déplacements ; choisit-on un praticien dont on a entendu parler, on suppose alors que ceux qui y ont eu recours en ont eu

"pour leur argent" ; choisit-on un professeur ou un spécialiste, c'est qu'on se fonde sur la garantie des titres et du savoir supposé pour obtenir quelque chose qui compensera l'accroissement de la dépense. - situation largement répandue et qui annule ce que l'existence de la Sécurité Sociale pouvait modifier dans les exemples précédents.

Comment va se dérouler et se matérialiser cet échange ?

Dans la presque totalité des cas, en mettant à part ceux où il n'y a pas échange d'argent (aide sociale, anciennement AMG, article 115, c'est-à-dire pensionnés militaires, et parfois actes entre confrères), le patient donne de l'argent au médecin, après lui avoir demandé : "combien vous dois-je ?".

Cette petite phrase manifeste le sentiment d'avoir à donner quelque chose et constitue comme la conclusion nécessaire de l'échange médical, comme si elle servait à l'authentifier.

Mais qu'a reçu le patient pour se sentir redevable ?

Il a été écouté, regardé, examiné, palpé, toutes formes verbales passives, il a reçu des explications, des conseils, une prescription, tous processus le mettant en situation passive.

"Pour m'avoir permis de régresser, combien vous dois-je, puis pour m'avoir nommé cette différence et m'avoir rassuré en l'excluant de l'indicible, combien vous dois-je ?"

Je n'insisterai pas sur cet aspect métapsychologique (au sens habituel du terme) de la relation médicale et la place qu'y tiennent la régression, les pulsions scopiques et épistémophiles, le jeu des mécanismes de défense, etc. etc. D'autres y ont insisté ailleurs. (2) et (3).

Ce qui m'intéresse ici c'est l'échange, le sentiment de devoir quelque chose, et qui est tellement prégnant, et le fait que les termes de l'échange soient inégaux, ou plutôt différents. Je suis parti en effet de l'idée que l'échange était inégal, c'est-à-dire que l'un recevait plus qu'il ne donnait, instituant une sorte de potlatch. Mais est-ce bien exact ? Il semble nécessaire de revoir cette hypothèse.

Le patient reçoit en effet quelque chose qu'il ne pourra plus échanger, quelque chose qui épuise sa fonction dans le fait du don lui-même. Apparemment la difficulté est résolue, la rupture est réparée, la différence est comblée. L'angoisse profonde qui émergeait a reçu sa réponse. Le silence du corps peut reprendre.

2) La prohibition de l'inceste

Mais la satisfaction du désir est mortifère, car elle annule le désir. Pour obvier à ce risque, le manque n'est comblé qu'à un niveau symbolique, du désir n'est entendue que la demande, du corps que le symptôme. Mais le non-dit restitué dans le dit est déjà, d'un point de vue économique, processus de satisfaction du désir et doit se soutenir de la création compensatrice d'un autre manque, et pour cela s'accompagner dès son émergence du sentiment impérieux d'avoir à créer ce manque, sentiment verbalisé par un "combien vous dois-je" et réalisé par l'abandon d'une certaine quantité d'argent. Le langage populaire insiste bien sur cette liaison structurale entre la réponse à la demande et le don d'argent compensatoire dans les nombreuses plaisanteries sur le double sens du mot "soulagé".

En effet, si le comblement fantasmatique d'un manque n'est pas compensé-payé- par la constitution d'un nouveau manque qui sera à son tour l'appel d'un nouveau processus de comblement du manque et ainsi de suite, la chaîne des relations s'arrête en un point et l'ensemble du système risque de mourir. La relation médecin-malade ne peut se clore sur elle-même sous peine de mettre en danger l'ensemble des relations sociales. Il faut donc qu'il en résulte chez chacun des protagonistes un déséquilibre, un manque, tel qu'il rende nécessaire l'établissement d'une nouvelle relation. Il peut y avoir soulagement mais non plaisir.

Le système doit donc comporter en tant même que système les mécanismes qui préviendront le risque de mort du système. Le mécanisme fondamental qui assure cette protection est la prohibition de l'inceste. Ce terme est pris évidemment dans un sens métaphorique et sera utilisé dans ce travail au sens de "mécanisme fondamental immanent à un système, assurant sa préservation, et perçu comme une norme morale transcendante". Sa transgression provoque le scandale : "Malheur à celui par qui le scandale arrive". (4)

Il semble bien que ce mécanisme opère dans tous les systèmes dont les éléments ne se définissent et n'existent que par les relations qu'ils contractent entre eux. Ainsi dans un système linguistique donné - une langue - l'introduction d'un signe qui n'aurait, ou ne pourrait avoir, aucune relation avec les autres signifiants aboutirait soit au rejet du signe en question, soit au blocage de la communication, soit à un remaniement des relations existantes (risque diachronique). D'où les règles de la prononciation, de la grammaire, de la syntaxe - "on ne peut pas dire comme cela - qui protègent le système de ce risque tout en voilant les fondements exacts des relations nécessaires entre les signifiants. Ainsi, schématiquement, dans les systèmes humains soumis à une économie de pénurie, sans possibilités d'accumulation, où il faut éviter la surnatalité et assurer le ravitaillement, la consommation par le groupe lui-même de ses propres femmes limite dangereusement les relations de voisinage, donc les échanges de ressources indispensables : d'où l'institution de l'exogamie et la prohibition concomitante de l'inceste, justifiées par un système moral qui en masque les déterminations véritables.

Comment s'effectue le nécessaire déséquilibre au sein de la relation médicale, en somme comment s'y prohibe l'inceste ?

Nous avons vu que c'est par le sentiment de devoir quelque chose que s'y fait jour cette nécessité. Cette obligation ressentie intérieurement - et qui apparaît en même temps que la différence d'être qui amènera chez le médecin - aboutit au don d'argent.

C'est en effet l'argent qui va permettre à cette relation de n'être ni privilégiée, ni close sur elle-même, et la contraindre à réinjecter dans le circuit social ce qui y aura circulé. Cela tient évidemment à la place de l'argent dans la société moderne, non pas comme but ou comme norme morale, mais comme signifiant, ce qui explique son rôle dans la dialectique du soulagement et du plaisir que nous avons vue opérer dans la relation médicale, et qu'on peut résumer ainsi : "fun is the one thing that money can't buy" (5).

Ce rôle de l'argent est facile à montrer du côté du médecin : l'argent qu'il reçoit le met dans l'obligation de nouer à son tour des relations à plus ou moins long terme. Alors que nous pensions au départ que l'échange était inégal parce que le médecin s'enrichissait - et on s'enrichit dans la mesure où

on détient dans le présent une garantie sur l'avenir - tandis que ce que reçoit la malade est "à consommer sur place", il apparaît que cet enrichissement est en même temps un asservissement, puisqu'il rend le médecin dépendant de ceux qui à leur tour pourront lui en donner pour "son argent". C'est ce que j'appelle le point fort d'ancrage de l'échange dans le réseau social, car il contraint le médecin à renouer. Le malade en payant le médecin lui a permis d'échapper à une relation incestueuse. Comment à son tour le médecin va-t-il rendre ce service à son client ? Le doit-il ? Et s'il ne le fait pas, que se passera-t-il, qui le fera ?

Le patient sort du cabinet médical nanti d'un nom pour son mal (à l')aise, et le plus souvent d'une ordonnance. Le médecin fournit ainsi deux ordres de barrières contre l'irruption fantasmatique de la maladie, comme pour arrimer d'autant mieux le patient aux chaînes symboliques. En nommant la différence, en la dépouillant de sa charge d'angoisse par le rattachement à un savoir médical et à un corps de techniques constitué - qui, même s'ils évoquent à leur tour des images peu rassurantes, auront permis de transformer l'angoisse indicible en peur bien verbalisable - le médecin permet au malade de se parler et de parler à autrui de son mal, qui devient un objet de communication beaucoup plus acceptable, voire anodin. On sait le rôle social - prétexte que jouent les interrogations sur la santé des interlocuteurs, parfois même en quoi elles servent à masquer le fond réel de leur échange. L'ordonnance ne fait souvent que souligner au niveau de l'écrit (deuxième degré du symbolique) la récupération du non-dit dans l'ordre du nommable - combien d'ordonnances dont c'est la seule valeur thérapeutique !

Le malade rentre ainsi dans le circuit de la communication et peut de nouveau fonctionner comme individu social, au moins dans le cadre des relations interpersonnelles. Mais la société dans laquelle nous vivons constitue un système dont la base d'échange est l'argent. Toute relation, pour rester sociale, c'est-à-dire pour ne pas exclure certains éléments de l'ensemble, doit permettre d'une manière ou d'une autre la circulation d'argent. C'est pourquoi existe du côté du malade cet autre garde-fou : l'ordonnance considérée là comme moyen de la restauration de l'état de santé.

Que soient prescrits médicaments, examens biologiques, massages ou régime, c'est l'occasion de nouvelles dépenses, de nouvelles contraintes, qui comme dépenses sont identiques aux honoraires médicaux, mais dont la fonction est de remettre le patient en état de travailler et de produire, c'est-à-dire de le réintroduire dans la deuxième chaîne symbolique, celle des échanges sociaux économiques devenus prépondérants dans la société actuelle. Il y a là une certaine faiblesse de la réintroduction du malade dans le circuit des échanges producteurs d'échanges, c'est-à-dire des échanges économiques. C'est ce que j'appelle le point faible d'ancrage de l'échange médical, lié à la fois aux insuffisances thérapeutiques et à la pression moindre des impératifs économiques, qui caractérise la période de plein développement de la médecine libérale. Ces deux déficiences sont liées car le développement de la chimiothérapie est tributaire de celui de la connaissance scientifique et de la technologie industrielle, elles-mêmes étroitement dépendantes de l'apparition d'une société industrielle à croissance continue, où les échanges économiques prennent le premier rôle. C'est donc plutôt dans la pratique médicale telle que semble la modifier la société actuelle que nous pourrions le mieux étudier cette réinsertion dans le circuit de la production-consommation, et les tentatives de renforcement du point faible de l'ancrage. Je le ferai plus loin.

Par ce que le médecin apporte donc au malade de son côté, il lui assure la non-transgression de l'inceste. Que se passe-t-il s'il ne le fait pas ? Le patient laissé aux prises avec son angoisse ne peut que frapper à une autre porte pour essayer d'y obtenir ce qu'il n'a pas trouvé à la première. Cette possibilité de la quête est en quelque sorte institutionnalisée par une prescription essentielle du code de déontologie, le libre choix du médecin.

3) Le code de déontologie

Ceci ne laisse pas de soulever quelques questions. Il y a dans la consultation classique une situation relativement claire. Un demandeur, une demande, un répondeur. Si le demandeur a mal à l'estomac, que la réponse ne le satisfasse pas, il ira chercher ailleurs. Le choix est libre, le demandeur est souverain pour décider si la réponse lui convient ou non. Mais voilà un malade névrosé, qui vient poser un symptôme en rapport avec sa névrose. Certes le

thérapeute ne répondra que tant qu'il y aura une demande, mais aussi il s'efforcera de ne pas répondre à la demande telle qu'elle se formule. Le demandeur peut alors très bien n'accepter de soins que de celui qui répond à sa demande, au risque d'entretenir un mode de relation et un symptôme qui sont cela même dont il s'agit de sortir. Assurément le malade peut comprendre que la réponse doit se faire en un autre lieu que celui du symptôme, mais cette acceptation du rôle frustrant du médecin suppose une libération des contraintes culturelles et historiques qui conditionnent l'assimilation du statut de demandeur à celui de sujet passif. Tant que celui qui ressent une difficulté attend de celui qui sait ou de celui qui peut la résolution de cette difficulté, il reste pris au piège de la névrose, pour ne considérer que la situation médicale. Mon propos n'est pas ici d'aborder le problème du transfert et la manière dont il doit se soutenir de la demande pour s'établir, mais de pointer les problèmes que soulève la notion de libre choix, et cette apparente contradiction entre une pratique conforme au code - et qui renforce la sujétion du sujet aux conditionnements culturels - et ce qui semblerait être le but de la médecine, à savoir assurer un "état de bien-être complet, physique, mental et social" (définition de l'OMS). Tout se passe comme si ce qu'il s'agit de protéger par l'observance du code importait plus qu'une véritable réponse à la demande (avec toutes les réserves qu'on peut faire sur la "vérité", celle du symptôme comme celle de la maladie).

Il y a donc lieu de réfléchir sur la fonction de ce code. Les grands principes qui régissent le "contrat tacite" qu'établit l'acte médical sont au nombre de quatre : libre choix du médecin par le malade, liberté de prescription pour le médecin, entente directe entre le malade et le médecin en matière d'honoraires, paiement direct au médecin de ses honoraires (article 8 du Code de Déontologie Médicale). Ils constituent ce qu'il est convenu d'appeler la "charte" de la médecine libérale et l'Ordre des Médecins les défend avec acharnement en toute occasion, ce qui fait penser qu'il s'agit là de dispositions fondamentales pour le maintien d'un certain système. L'article 7 dit quant à lui : "le secret professionnel s'impose à tout médecin, sauf dérogations prévues par la loi". Cette disposition ne constitue qu'une application particulière d'un principe général énoncé par le Code Pénal et concernant "toutes personnes dépositaires par état ou profession, par fonctions temporaires ou permanentes, des secrets qu'on leur confie" (article 378).

La fonction des quatre principes de la "charte" est plus claire après ce que j'ai dit de l'échange médical. Ils sont en effet comme les garants de l'accommodation des termes de l'échange par l'intermédiaire de l'argent. L'entente directe assure que dans la rencontre médicale il sera nommément question de l'argent, arrimant ainsi sans équivoque la demande du patient comme la réponse qu'il reçoit à un discours social où l'argent tient une telle place que de signifiant il devient référent. Il ne suffit pas qu'on en parle, il faut aussi qu'apparaissent les billets de banque : cette circulation matérielle de l'argent est assurée par le paiement direct des honoraires.

Il importe aussi que soient sanctionnées les pratiques qui ne reposeraient pas sur le principe de cet échange terme à terme entre un service et de l'argent. C'est ce que défend la liberté du choix. A première vue, le libre choix garantit pour le patient l'appréciation souveraine de ce qu'il reçoit par rapport à ce qu'il demande.

Mais aussi ce principe établit une situation de concurrence entre les médecins, car il importe de ne pas perdre ses clients, et on peut alors se demander ce qu'il en est de la réponse à la demande quand on se souvient de ce que je disais plus haut de l'ambiguïté de celle-ci chez le névrosé, et pas seulement chez le névrosé. Ce libre choix, qui se veut principe de droit public garantissant la qualité des soins, assujettit en fait le médecin à des représentations sociales sur la maladie, le médecin et la guérison, représentations qui sous-tendent le comportement des individus et conditionnent leurs demandes exprimées et leurs réactions.

La liberté du choix est comme le moyen de contraindre les médecins qui auraient tendance à transgresser les normes sociales ; pour prendre un exemple caricatural, qu'advient-il du médecin consultant les cheveux jusqu'aux épaules et en blue-jeans ? Le médecin dont la réponse n'est pas en harmonie avec cet ensemble de représentations est puni par la perte de ses clients. Il y a là un mécanisme de feedback des normes sociales. On sait la distorsion qu'impose à la qualité de la médecine pratiquée par rapport à celle que souhaitent souvent les médecins eux-mêmes, et les malades, le poids de ces structures.

Le libre choix du médecin par le malade a comme corollaire le libre choix par le médecin de ses clients, sous la forme de la liberté d'implantation, qui correspond au désir de s'assurer les meilleures garanties économiques. On sait là aussi à quelles distorsions dans la répartition des médecins cette liberté aboutit, et à quelle absence de liberté du choix pour les patients des zones défavorisées.

C'est en fait à la loi de l'offre et de la demande que renvoient ces dispositions. Le parallèle s'impose entre libre concurrence, libre-échange, et libre entreprise d'une part, et libre choix, libre entente de l'autre. A l'économie libérale correspond la médecine libérale, à l'économie de marché une médecine d'argent. Il n'est pas étonnant alors de découvrir que, à côté de principes très généraux et très généreux, le code de déontologie ne comporte sur ses 80 articles, pas moins de huit articles traitant des honoraires (articles 8, 40 à 46) et vingt des conditions de la concurrence de manière non équivoque (articles 9, 11, 16 à 19, 21 à 25, 51, 60 à 63, 67, 69, 70, 72).

Le code garantit la circulation de l'argent dans l'échange médical. Il en protège le caractère inégal (cf art. 19 : sont interdites... toute ristourne en argent ou nature faite au malade), assurant ainsi la concadénation de l'acte médical aux autres actes de la vie sociale, et partant la prohibition de l'inceste, selon les mécanismes qui régissent l'ensemble des échanges au sein d'une société industrielle libérale. Il vient donc clairement renforcer et protéger par la lettre de la loi un système qui devant le péril de l'émergence des pulsions "incestueuses" s'en était déjà prémuni par l'esprit de la loi, mécanisme d'auto-défense opérant par le langage et les représentations collectives.

Pour en revenir à la question posée à l'introduction, on peut dire que, plutôt que d'imposer une forme à l'échange médical, c'est la forme qu'impose à celui-ci son insertion dans le corps social, qui se traduit sur le plan idéologique par les prescriptions du code de déontologie.

4) Le tiers garant

Si le code institutionnalise et garantit une pratique sous-tendue par un code social non dit, il apparaît actuellement entrer en conflit avec une pratique et un ensemble de dispositions législatives et réglementaires qui sem-

blent le battre en brèche. Je veux parler des modifications de la pratique médicale qu'entraîne la Sécurité Sociale. Les motivations apparentes de celle-ci sont de viser à éliminer le caractère de marché de la médecine, de limiter les sacrifices financiers des malades, de faciliter un plus large accès à la protection et à la restauration de la santé, d'atténuer les conséquences pénibles de l'état de maladie pour le malade et les siens. Le préambule de la Constitution affirme que "la Nation... garantit à tous la protection de la santé".

A certains égards la scène qui se déroule dans le cabinet du médecin et l'officine du pharmacien est inchangée ; combien vous dois-je ? Ce sera tant... et les billets changent de main. Mais voilà qu'apparaît la feuille de maladie, chiffrée, tamponnée et signée du médecin, voilà que l'ordonnance à son tour est chiffrée et tamponnée par le pharmacien, l'une et l'autre étant ensuite envoyées à la Sécurité Sociale, accompagnées des fiches de paie des deux mois précédents. L'échange d'argent que nous voyions auparavant débiter et s'achever dans le cabinet médical s'élargit considérablement si l'on considère le circuit "sanitaire" de la somme d'argent, depuis sa sortie de la circulation monétaire générale jusqu'à son retour dans celle-ci : prélèvement sur le salaire du travailleur (sous les dénominations de cotisation ouvrière et patronale), dépense par le malade chez le médecin et le pharmacien, remboursement reçu de la Sécurité Sociale, qui clôt le circuit.

Si on compare avec le circuit où n'intervient pas la Sécurité Sociale, on s'aperçoit que les termes de l'échange inégal lui-même ne sont pas déplacés, contrairement aux apparences : le pôle où l'argent disparaît sans contrepartie de même nature reste dans les deux cas le malade lui-même, car même dans le cas de remboursement des honoraires et des médicaments par la SS cet argent ne vient que remplacer une quantité d'argent qui aurait dû être reçue ailleurs, au lieu du travail, et qui s'élève à environ 30 % du salaire ; il faut en effet considérer le salaire global, et pas seulement le salaire effectivement perçu. On paie deux fois, on ne reçoit qu'une. L'inégalité est préservée.

Quant au pôle où l'argent est reçu pour ouvrir la possibilité de nouveaux échanges, il ne concerne plus seulement le médecin et le pharmacien, mais aussi le malade lui-même en tant qu'assuré indemnisé.

La forme de l'échange médical lui-même est inchangée, mais il se trouve organiquement couplé avec un deuxième circuit d'échanges économiques dont il faut se demander s'il modifie le sens de l'échange d'argent entre malade et médecin.

L'analyse précédente nous a montré que la relation médicale constitue un échange inégal, dont l'ancrage dans le système social comporte un point fort assuré par la circulation de l'argent et un point faible constitué par les modalités de la réinsertion-récupération du malade. Il est évident que même avant la SS l'argent remis au médecin provenait de l'activité économique du patient. Donc, dans les deux cas - médecine libérale traditionnelle et médecine avec SS - l'échange tient la même place dans la chaîne sociale, si l'on considère les points de départ et d'arrivée de l'argent et le sens de sa circulation ; mais en plus il ouvre le champ du côté du malade à l'instauration de nouvelles relations d'échange. L'argent prélevé sur le travail effectué lui sera restitué, à lui-même ou à ses ayant-droit, de manière différée sous la forme d'indemnités journalières ou de pension d'invalidité, permettant au travailleur de poursuivre sa fonction de consommateur dans la société. Les ordonnances de 1967 sur la SS, établissant l'autonomie financière des trois caisses, maladie, allocations familiales, vieillesse, et destinant la cotisation ouvrière exclusivement au risque-maladie, corrobore ce schéma de la circulation de l'argent. La restitution différée d'une partie du salaire permet de renforcer le point faible d'ancrage de l'échange inégal.

Il devient évident dans cette forme de relation que l'échange ne se déroule pas seulement entre le consultant et le consulté, mais que le corps social y est tout entier présent, attentif à ce que cette relation puisse constamment être récupérée dans une relation triangulaire, comme l'indique l'expression "tiers garant". Nous voilà brusquement ramenés, au détour d'une formule langagière, à cet aspect essentiel dont je parlais plus, l'inceste. Comment ne pas associer, à propos de relation triangulaire contrôlant la rencontre duelle, sur la prohibition de l'inceste ?

Or je disais que l'abandon d'argent neutralisait les pulsions incestueuses, et voilà que je laisse entrevoir que cette neutralisation est encore plus puissante et efficace quand le sacrifice financier est moins lourd, quand il est

plus partagé par la collectivité. La contradiction n'est qu'apparente. Elle correspond seulement au dévoilement d'une situation qui préexistait et à l'évolution d'un système pour qui l'échange devient chaque jour plus vital.

5) Le double arrimage

La croissance est une nécessité absolue de l'économie capitaliste, ce qui peut se traduire par la nécessité de multiplier les échanges économiques, c'est-à-dire les échanges d'argent. Si certaines relations risquent de sortir du circuit économique, elles seront d'autant plus récupérées que le système peut moins tolérer l'existence de secteurs ne participant pas à cette croissance.

Depuis la dernière guerre, une expansion économique considérable, une croissance continue du nombre des salariés, l'augmentation démographique se sont accompagnées de la montée en flèche de la consommation médicale (l'expression est déjà parlante) et d'un développement très important de la recherche fondamentale et surtout appliquée grâce à une technologie correspondant à des branches qui sont parmi les plus avancées de l'industrie : industrie chimique et pharmaceutique, électronique. Le double impératif de préserver le fonctionnement des forces de production et le niveau du profit dans les activités de "pointe" se traduit dans le secteur de la santé par le maintien en état de fonctionnement des travailleurs - ce que le développement de la thérapeutique permet d'assurer - et par la multiplication des relations économiques permettant à la production pharmaceutique de s'écouler, aussi bien en faisant naître ou en fortifiant certains besoins qu'en assurant une distribution des signes monétaires suffisante.

Si on essaie de figurer sur un schéma l'articulation de l'échange médical au réseau social, on s'aperçoit que par rapport à la situation traditionnelle que tente de codifier le code de déontologie et que j'ai cerclée, la situation actuelle ne fait que perfectionner cette chaîne, en rajoutant des crochets qui assureront un arrimage plus sûr au reste du circuit économique. On voit en effet la chaîne s'arrimer en amont à l'entreprise, lieu de production des richesses, et en aval au circuit général de la consommation (en plus de l'arrimage déjà existant à l'industrie pharmaceutique), et on découvre que

le paiement intégral du travailleur pour le travail fourni ne peut lui être assuré au'après l'étape intermédiaire de la maladie et de l'acte médical. On voit ainsi comment s'effectue la liaison organique entre l'acte médical et l'économie et de quelle importance elle devient pour celle-ci.

Je ne ferai que noter ici deux points, sans autre commentaire :

- les accidents du travail relèvent du tiers payant intégral
- on commence à s'apercevoir du rôle du facteur psychologique dans la survenue de ces accidents.

La question qui se posait plus haut visait à découvrir comment on pouvait interpréter cette discordance entre les normes apparemment souhaitées - comme on peut les déduire du code de déontologie - et une pratique réelle qui va à leur rencontre - suppression de l'entente directe, menaces sur le paiement direct et la liberté de prescription par les taux différents de remboursement des spécialités, entorses au secret. Il y a là une contradiction qui à mon sens ne peut être comprise que si l'on envisage les contradictions résultant du développement socio-économique actuel, les contradictions les plus évidentes dans ce secteur résultant du fait que la pratique sociale se modifie sous l'influence de et dans le sens souhaité par la classe la plus dynamique alors que l'idéologie de la fraction moins dynamique de la classe bourgeoise, longtemps au pouvoir, continue d'être l'idéologie officielle et inspire la création d'institutions déjà dépassées par le développement économique au moment même de leur création (Ordre des Médecins fondé en 1942, code de déontologie promulgué en 1955 tandis que la SS date d'octobre 1945). Nous n'aurons garde d'oublier dans ce complexe dialectique le rôle de la classe ouvrière.

L'évolution se fera-t-elle dans le sens d'une adéquation de l'idéologie à la pratique et d'une rationalisation de cette dernière ? Les projets souvent exposés concernant la médecine confirment nos hypothèses. Il est en effet de plus en plus question d'une fonctionnarisation de la médecine, et non pas de la part de révolutionnaires anticapitalistes mais bien de la part de ces défenseurs rationnels du capitalisme que sont les "technocrates". En se reportant au schéma, et compte tenu de ce que j'ai dit, les chaînons les plus importants pour la société sont ceux qui assurent le double arrimage. On peut envisager une rationalisation des étapes intermédiaires, les médecins étant

directement payés par la SS, et les employeurs contrôlant directement la SS (ce que laisse entrevoir la nouvelle répartition des représentants ouvriers et patronaux dans les caisses établie par les Ordonnances de 1967). Les médecins deviendraient des employés du patronat visant simplement à maintenir en état de fonctionnement d'autres employés de ce même patronat, le but final du système étant la perpétuation d'un système fondé sur la croissance économique et la reproduction du capital, c'est-à-dire le profit.

6) Les mineurs

Une situation de ce type existe déjà depuis longtemps, c'est la médecine minière où aucun des quatre principes de la charte ne peut s'appliquer, même la libre prescription, les médecins étant contrôlés par une prime d'efficacité liée au coût de leurs ordonnances.

Les mineurs à qui cette médecine est destinée ne deviennent-ils pas des mineurs dans tous les sens du terme ? Le droit à la parole qu'ils n'ont pas quand leur corps travaille et produit ils ne peuvent même plus le récupérer quand leur corps fait symptôme sans qu'immédiatement cette parole soit reprise par le tiers devenu payant au sein d'un échange qui s'établit alors avec le praticien. Cette situation extrême montre en quoi la non-disposition par le patient de l'argent n'est pas transgression de l'inceste, mais au contraire alourdissement de la prohibition car cet argent circule nécessairement, mais ailleurs : le tiers payant est nécessairement dans cette structure d'échange tiers-parlant.

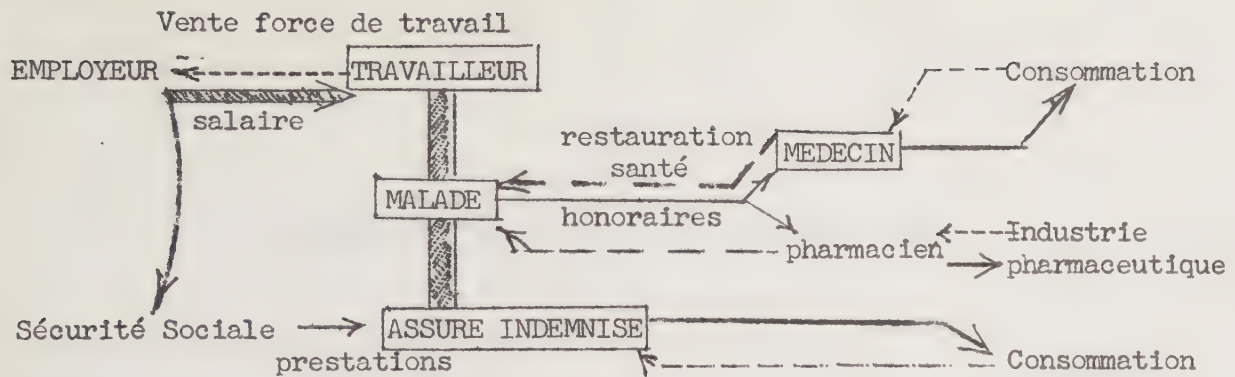
Si le code de déontologie se trouve battu en brèche, si le problème du secret est si souvent soulevé, si l'argent échangé n'épuise plus tout le contenu du contrat qui s'établit entre le patient et le médecin, c'est que le droit de regard de la société et la pression de ses impératifs économiques se font chaque jour plus contraignants.

Il y aurait une intéressante réflexion à mener sur ce lien déjà évoqué entre le statut de producteur et celui de malade par le biais du salaire différé. Si le producteur s'aliène en vendant sa force de travail pour le profit d'un autre, ne se produit-il pas une suraliénation dans le fait qu'une partie

de ce qui lui est dû pour son travail ne puisse lui revenir effectivement que s'il est malade, et dans ce cas la maladie, ou du moins la manière dont la société la prend en charge, ne risque-t-elle pas d'être vécue comme un avatar de plus de ce processus d'aliénation douloureusement ressenti ?

Alors on se précipitera vers les formes de médecine ou l'on croira échapper au regard si lourd du corps social, où le symptôme pourra tenter la transgression toujours désirée jamais réalisée de la prohibition de l'inceste, pour essayer d'être vraiment "entre soi". N'est-ce pas pour cela qu'on recherche les médecins non conventionnés, les cliniques privées, les professeurs à dépassement d'honoraires, et que s'ampute d'une dimension psychologique essentielle les actes médicaux marqués du label "médecine gratuite", "tiers payant intégral", "aide sociale" ? sans qu'on échappe cependant à la prohibition de l'inceste, comme l'a montré l'analyse de la fonction de l'argent et du code de déontologie.

Or, il est une situation privilégiée où les prescriptions du code ne sont pas conflictuelles, mais totalement inopérantes, où l'argent n'est pas remboursé mais totalement exclu. Il s'agit des dispensaires d'hygiène mentale. La transgression y serait-elle la règle, ou l'inclusion tellement parfaite dans le circuit social que ces signifiants auraient perdu toute valeur opérationnelle ? C'est ce que nous allons essayer de voir.



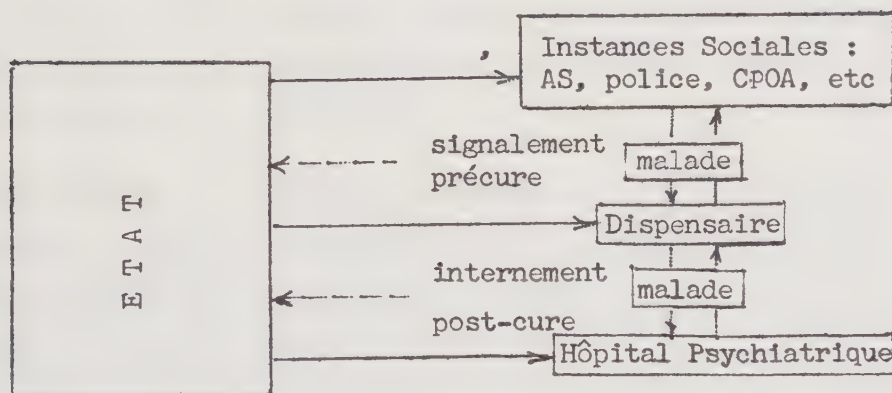
trait plein = circulation de l'argent

trait interrompu = service ou marchandise

trait fort = point d'ancrage

La relation médicale payante

Schéma n° 1



L'insertion du dispensaire

Schéma n° 2

LE DISPENSAIRE OU LA MAISON QUI FAIT CREDIT

1) La petite phrase

On arrive au dispensaire "médico-psychologique" ou "d'hygiène mentale" pour voir un médecin, ou un neurologue, ou un psychologue, on ne sait pas très bien, mais enfin quelqu'un qui peut comprendre ce qui ne va pas quand ça ne tourne pas rond, qui peut vous conseiller, vous donner des médicaments, vous "psychanalyser". On connaît quelqu'un qui avait des "problèmes", qui y est allé, et ça l'a tiré d'affaire. Ou c'est votre médecin-traitant qui s'est trouvé un peu dépssé par votre question et qui vous l'a sugéré en vous donnant une lettre pour le "spécialiste".

Evidemment, ce n'est pas très drôle d'aller au dispensaire, c'est pour les pauvres, c'est un peu comme la soupe populaire, ou comme s'inscrire au chômage. Mais on n'a pas tellement d'argent, c'est cher ces docteurs-là, et puis on n'en connaît pas, et il y en a pas d'autre dans le quartier, ou alors il faudrait aller dans ces quartiers où on va des fois le dimanche, où c'est comme un pays étranger. Le dispensaire c'est pour l'ouvrier, peut-être qu'il me comprendra mieux.

On arrive, c'est une maison qui ne paie pas de mine. Il n'y a rien d'écrit dessus, même pas docteur, ou alors c'est écrit "dispensaire d'hygiène sociale". On entre, il y a une salle d'attente, du monde, il y en a qu'on voit tout de suite que c'est des fous, des malades, heureusement que je ne suis pas comme eux. Pourvu que j'aïlle pas attraper leur maladie à ceux-là, pourvu que je reçoive pas un mauvais coup.

Comme c'est la première fois, faut s'inscrire, et puis on va voir l'assistante sociale - des fois la secrétaire quand il n'y a pas d'assistante - pourquoi l'assistante sociale, on sait pas, c'est comme ça, faut lui raconter

son histoire, lui dire pourquoi on veut voir un docteur, commencer à déballer son linge, l'autre elle écrit tout ça, et puis elle vous donne un rendez-vous pour le docteur...

Enfin, on est appelé... il est derrière son bureau, avec un dossier sous les yeux, l'Assistante sociale est à côté avec une fiche. Il a l'air un peu bizarre ce docteur, il paraît qu'ils sont tous comme ça, et puis il doit être jeune, peut-être qu'il fait encore ses études, ou il débute. On est plutôt intimidé, on se croirait devant un juge, tous les deux qui écrivent, on a vaguement l'impression d'avoir fait quelque chose de mal, alors on dit, surtout qu'ils attendent : "eh bien, posez-moi des questions, qu'est-ce que vous voulez que je dise, je ne sais pas par où commencer"...

Ca ne s'est pas trop mal passé. Finalement j'ai pu parler, dire des choses, j'ai l'impression qu'il a compris. Il fait l'ordonnance. Alors je demande, c'est naturel quand on a vu un docteur et qu'il vous a aidé, je demande : "combien je vous dois ?" Alors il dit "rien, c'est gratuit" ou "on est un dispensaire public" ou alors "on est à 100 %" et puis il dit aussi "voulez-vous revenir me voir tel jour, et prenez bien vos médicaments". Alors comme on est tout bête qu'il n'y a rien à payer, on se sent gêné, et on dit oui à tout.

Ce n'est pas de l'imagination d'un romancier populiste que sortent ces lignes, mais bien de la bouche des patients quand, le contact établi, ils évoquent rétrospectivement leurs premiers pas au dispensaire. On y voit circuler un certain nombre de représentations collectives concernant aussi bien le dispensaire que la maladie mentale ou les psychiatres, intriquées avec les préoccupations personnelles de chaque consultant. Mais ce qui est intéressant dans ce cas d'un patient venant consulter de lui-même, c'est-à-dire dont la demande est finalement de même nature que celle qui l'amènerait à consulter en ville, c'est le brusque sentiment de perplexité qui naît quand à la petite phrase "combien vous dois-je" on répond par une fin de non-recevoir. Alors qu'il se croyait patient à part entière devant un vrai médecin, et qu'il en avait reçu une réponse à sa demande, voilà que tout change, ce refus l'oblige à tout reconsidérer. Il se sentait redevable, on refuse son don, que doit-il donc offrir, qu'attend-on de lui ? Et si on ne veut rien de lui, serait-ce qu'on a le sentiment de ne rien lui avoir donné ?

Peut-être ne lui a-t-on rien donné. Peut-être suffisait-il qu'il vienne au dispensaire, sans plus. On lui demande pourtant quelque chose à la fin, de prendre les médicaments, de revenir. Si c'est pour recommencer pareil, ce n'est pas la peine. Et très souvent, les premières consultations qui se seront terminées sur cette phrase positive, positive car elle manifeste l'établissement d'un transfert de même signe, et le sentiment d'une adéquation de la réponse à la demande, n'auront aucun lendemain, et on ne verra pas revenir ces patients, comme si on avait rejeté réellement leur offre et leur demande. Le refus du paiement offert fait peser comme la menace d'avoir à donner quelque chose d'autre à la place, il rend le patient débiteur, et il est bien connu que les débiteurs évitent leurs créanciers.

Si l'argent dans la consultation médicale est ce qui du malade vient pour permettre au médecin d'observer la prohibition de l'inceste, le refus de l'argent serait-il transgression ? Cela serait bien étonnant pour une disposition institutionnelle voulue par la société. On peut se demander si ce n'est pas plutôt que dans cette situation le droit est dénié au patient d'apporter quelque chose. Le transfert qui instaure ce droit irait-il donc à l'encontre du fonctionnement du dispensaire.

Je veux signaler ici que mon analyse porte sur les dispensaires d'hygiène mentale de Paris et de la Région Parisienne, dans une dizaine desquels j'ai travaillé, et qui sont sous la dépendance directe de l'administration, ce qui exclut les structures ayant un caractère "expérimental" ou autonome, quant à leur fonctionnement ou à leur financement.

Si plus haut je parlais d'échange inégal, inégalité qui fonde la relation comme échange, en redonnant à chacun le droit à une parole, mais la limite en même temps en spécifiant les termes de l'échange, dans le cas présent on se trouve devant un échange à sens unique, c'est-à-dire en fait devant un non-échange. Ceci va à l'encontre du fonctionnement social. La réglementation comme le financement des dispensaires étant assurés par les pouvoirs publics, on peut écarter l'hypothèse d'une contradiction accidentelle avec le corps social global. Donc, de deux choses l'une :

- ou la théorie du fonctionnement social comme structure d'échange est fausse
- ou le dispensaire ne s'insère pas dans ce réseau social au même lieu que la

relation médicale étudiée plus haut et par conséquent l'échange ne peut y prendre la même forme, ni y remplir la même fonction qui est, pour le malade comme pour le médecin, d'échapper à l'inceste et de retrouver leur statut de locuteur à part entière. Peut-être même ne met-il pas en scène les mêmes protagonistes malgré la rencontre apparemment identique d'un patient et d'un médecin.

Est-ce cette deuxième hypothèse qui explique l'achoppement des patients devant la proposition de leur médecin-traitant de consulter au dispensaire, comme si effectivement on répondait tout à fait à côté de leur demande. Ce qu'est cette demande, nous l'avons abordé au chapitre précédent. Si ce n'est pas à elle qu'est destinée la réponse du dispensaire, à qui l'est-elle ? Pour répondre il faut reprendre l'analyse de la circulation de l'argent pour voir quel échange elle soutient, entre qui, et de quelle nature.

2) L'argent

Le malade ne paie pas. Le dispensaire est créé, géré et contrôlé par la Direction Départementale de l'Action Sanitaire et Sociale, dépendant elle-même du Ministère de la Santé et de la Sécurité Sociale (il y a quelque temps encore respectivement Office Public d'Hygiène Sociale et Ministère des Affaires Sociales). C'est donc un service public destiné à assurer la satisfaction d'un besoin social et échappant aux règles de la rentabilité et de l'ordre économique, en principe. C'est la direction départementale de l'Action Sanitaire et Sociale qui verse le salaire du personnel des dispensaires : secrétaire et assistante sociale, femmes de ménage, qui fait parvenir le matériel nécessaire : matériel de bureau, papier, enveloppes, marteau à réflexes, timbres et médicaments à distribuer gratuitement, et enfin qui paie les vacations du personnel médical : médecins, psychologues, psychothérapeutes, rééducateurs.

Le dispensaire n'a aucune autonomie financière, il ne dispose pas d'un budget chiffré dont il aurait le maniement. On y sait seulement qu'en matière de vacations il y a tant d'heures d'allouées. L'argent n'y circule pas. Il va directement des organismes payeurs aux employés. L'origine même de cet argent est variable. Pour sa plus grande part il vient directement de l'Etat au titre de l'Aide Sociale (décret du 11 mai 1955), pour une faible part des collectivités locales, département et communes, et de la Sécurité Sociale.

Voyons de plus près les conséquences de ce type de circulation.

Le malade ne paie pas, mais la consultation peut être l'occasion de dépenses ultérieures sous forme de médicaments, à condition toutefois qu'elle déséquilibre assez le malade pour qu'il envisage de retrouver son équilibre en dépensant l'argent que le dispensaire n'a pas voulu accepter. En réalité cette dépense pharmaceutique ne pose pas de problèmes particuliers par elle-même, elle est remboursée par la Sécurité Sociale au même titre que toute prescription. Il faut cependant noter que c'est en général une prescription au long cours, atteinte dans son remboursement par les effets des nouvelles dispositions sur les prescriptions au long cours et non particulièrement coûteuses, qui en ramènent le taux de remboursement de 100 % à 80 ou 70 %. Cette incidence n'est pas négligeable d'autant qu'il s'agit souvent de personnes qui ne peuvent plus remplir les nouvelles conditions d'ouverture des droits à la Sécurité Sociale en raison de leurs difficultés d'insertion et de stabilité professionnelle. Tout se passe comme s'il importait avant tout qu'ils soient "suivis" au dispensaire. Cet accent mis sur la consultation elle-même ne serait pas négatif en soi s'il visait à une meilleure prise en charge psychothérapique, mais nous allons voir que le fonctionnement global du système s'y oppose résolument.

Quant aux prestations en espèces elles ne diffèrent en rien de celles des autres patients, sinon par les problèmes particuliers des droits, relatifs à la maladie mentale, et que je viens d'évoquer rapidement.

Mais on ne peut considérer cette récupération de moyens économiques d'échange comme un renforcement du point faible de l'ancrage, venant compenser un abandon d'argent au cours de l'échange inégal, puisque justement cet abandon ne s'est pas produit. Cette récupération, d'autre part, n'arrime pas, comme dans la relation médicale privée, l'échange du dispensaire à la filière employeur-salarié-malade-assuré, puisqu'il n'y a pas là de lien d'argent assurant la jonction du statut de salarié à celui de malade, sinon par tant d'intermédiaires (impôts budget de l'Etat, participation de la SS au financement de l'Action sanitaire et sociale) que le schéma en est tout à fait différent. Des phénomènes identiques prennent un sens différent quand ils s'intègrent dans des séquences différentes. Mon propos ici n'est pas de porter des jugements

de valeur sur les phénomènes isolés eux-mêmes - qui sont comme la langue d'Esope - mais de montrer que ce sont les ensembles où ils s'intègrent qui leur donnent leur sens en dehors de toute considération normative, et que s'il y a quelque chose à remettre en question, ce sont peut-être les structures.

Quant au pôle de sortie de l'argent, il est le même que dans la relation médicale classique, sauf qu'il ne se limite pas au médecin, mais s'étend aux autres agents de la consultation, secrétaire et assistante sociale. Cet argent va pouvoir être réinjecté librement dans le circuit économique, semblable en cela à l'argent reçu au cours de tout échange.

Ce qui établit la spécificité de cet échange, et par conséquent sa fonction, c'est la nature des protagonistes entre lesquels il s'instaure. C'est en effet l'Etat qui paie le médecin, c'est donc avec lui qu'existe un contrat, établissant des obligations réciproques. L'organisme employeur intègre le médecin dans le circuit social en lui apportant la possibilité de nouer des échanges ultérieurs. Le médecin pour sa part remplit sa fonction en "traitant" les malades. De même que le patient privé, par son libre choix, détermine la nature du service qu'il achète en pesant par l'image de la réponse qu'il attend sur celle que le médecin lui donne effectivement, de la même manière l'employeur public choisit lui-même les médecins qu'il paie, en fonction des services qu'il en attend, et en pré-détermine ainsi la nature. Le choix se portant de préférence sur les médecins qui sont ou qui ont été formés dans les hôpitaux psychiatriques, le corps social veille ainsi à la formation des médecins à qui il confiera d'autres fonctions, assuré sauf accident que les valeurs qui auront présidé à leur formation guideront ultérieurement leur pratique. Les conditions d'entrée dans la carrière hospitalière, étant étroitement fixées par l'administration, c'est dès le départ, et en fonction de critères par elle seule définis, que sont choisis ses futurs auxiliaires médicaux.

Les services pour lesquels les médecins sont rémunérés sont assez nettement délimités : vacations - visites à domicile - psychothérapies - tout ce qui n'entre pas dans ce cadre devant y être assimilé pour être rétribué : réunions de synthèse, sauf si l'autorisation en a été préalablement et formellement accordée par l'administration, entrevues avec des assistantes sociales, des commissaires de police, etc., thérapies de groupe, contacts avec d'autres institutions, travail d'enseignement et de formation, recyclage, etc. Le mode de

paiement à la vacation introduit des "quanta" de malades supérieurs à l'unité : une vacation = huit malades - un malade = une demi-vacation (chez les enfants une vacation correspond à quatre enfants). On voit là comment par la manière dont il les paie l'employeur détermine très étroitement la forme et l'étendue du service qu'il attend.

Mais la manière dont le feed-back est assuré ne se limite pas aux critères de la sélection et aux modalités de la rémunération. Si on voit en effet mieux maintenant à qui la réponse est destinée, et comment le destinataire en pré-détermine la nature, il faut reprendre le problème de la demande et voir par quelles voies et sous quelle forme elle parvient à l'agent chargé d'y répondre, le médecin.

3) Réseaux de communication

La première éventualité que j'ai envisagée, le patient consultant de lui-même ou sur conseil de son médecin-traitant, est loin de constituer la majorité des cas, puisque dans les dispensaires où l'on sépare les consultations en "pré-cure" et "post-cure" cette éventualité ne représente en moyenne que 25 % des cas. J'inclus dans cette série les malades amenés par leur famille car en l'occurrence c'est la famille qui présente elle-même son symptôme. Le reste du temps c'est soit par le circuit des assistantes sociales qu'arrive le consultant - AS de mairie, d'entreprise, d'école, qui, ayant recueilli directement une demande, ou étant alertées par les institutions où elles opèrent pour un comportement social faisant symptôme, répercutent l'individu sur l'assistante sociale d'hygiène mentale - soit par l'action des autorités publiques : commissariats de police, préfectures à propos des alcooliques dangereux en fonction de la loi du 15-4-54 (50 % des consultants dans une consultation de "pré-cure hommes"). Parfois enfin le patient est passé d'abord par une autre institution médicale publique : Centre d'Orientation et d'Accueil de l'hôpital Henri-Rousselle, dispensaires municipaux, hôpitaux généraux, protection maternelle et infantile. Rappelons que le dispensaire est tenu de voir les personnes hospitalisées dans les hôpitaux psychiatriques et les individus relevant de la loi sur les alcooliques dangereux, et que les uns comme les autres sont tenus de répondre à ses convocations. Je reviendrai sur ces points.

Les termes mêmes qui désignent le processus de consultation au dispensaire ne laissent pas d'être significatifs. Dans le plus neutre des cas, il s'agit de pré-cure, sous-entendue hospitalière, comme si la consultation de dispensaire elle-même n'avait rien à voir avec le traitement, mais constituait un pré-traitement, comme il y a des produits pré-traités pour subir le processus principal de transformation, ou comme il y a des produits pré-digérés pour les rendre aptes à subir la décomposition enzymatique. Le dispensaire n'est alors considéré que comme le premier maillon d'une chaîne institutionnelle à laquelle il s'agit d'accommoder le produit à traiter, et non l'inverse, et dont les maillons suivants risquent d'être l'internement et l'hôpital psychiatrique. On est dans le registre de l'exclusion et du renfermement.

Parfois on va parler de dépistage. Le "petit Robert" donne comme exemples de dépistage "dépistage d'un malfaiteur" et "on pratique la cuti pour le dépistage de la tuberculose" et à dépister explique "découvrir ce qui est peu apparent, ce qu'on dissimule". J'aurai l'occasion de revenir sur la tuberculose, mais il faut noter dès maintenant le parfum policier qui se dégage de ces définitions. Quelque chose qu'on dissimule, une piste qu'on découvre. La chasse, les enquêtes, les examens systématiques. Peu importe ce qu'on vient demander, et pourquoi on vient, il s'agit de découvrir ce qu'on dissimule. Certes dans une écoute psychothérapique, il est question également de dépister ce qui se cache derrière le dit ; ce qui s'y dissimule. Mais le "dépistement" psychanalytique est tout autre chose que le dépistage, lequel introduit dans l'univers de la faute, et faute appelle sanction.

Enfin le dernier terme, le plus utilisé, qui est au coeur de la problématique du dispensaire, le signalement. Si l'on se reporte de nouveau au "Petit Robert" on découvre : "description physique d'une personne qu'on veut faire reconnaître". Certes quand nous employons ce mot au dispensaire, c'est de manière figurée. Mais que se passe-t-il ?

Le dispensaire, et en l'occurrence l'assistante sociale, reçoit des messages écrits, téléphonés ou oraux lui "signalant" telle personne. Le contenu du message peut différer grandement d'un cas à l'autre :

"Mme S., qui a 70 ans et vit seule, ne sort plus de chez elle. Les voisins ne l'ont pas vue depuis quelques jours. Moi, assistante sociale de mairie,

j'ai été prévenue par la concierge. Je m'y suis rendue. Mme S. que j'avais vue il y a deux mois pour lui remettre des bons d'électricité et de gaz, n'a pas voulu m'ouvrir et elle m'a injuriée à travers la porte. On peut craindre qu'elle fasse une bêtise. Pouvez-vous faire quelque chose."

Autre message. Du commissariat de police. "Nous vous adressons Mme D., 45 ans, mère de quatre enfants, qui est venue se présenter devant nous il y a deux jours, se plaignant de ce que son mari rentre ivre à la maison tous les soirs et qu'il la frappe, elle ainsi que ses enfants. Nous lui avons expliqué qu'elle devait appeler Police-Secours si le cas se reproduisait et nous lui avons conseillé de se faire établir un certificat médical constatant les traces de coups et les blessures éventuelles, et de s'adresser à vous pour que vous convoquiez son mari."

"Je suis assistante scolaire. Je m'occupe du petit Ali B. qui a beaucoup de difficultés à suivre et qui est souvent absent. J'ai eu l'occasion de visiter cette famille. La situation est déplorable. La famille habite dans deux petites pièces pour six personnes. On se demande comment des gens peuvent vivre comme ça. Le père, qui est algérien, et manoeuvre, ne travaille plus depuis quelques mois et dit sans arrêt qu'il préférerait mourir plutôt que de continuer comme ça. C'est d'autant plus étonnant qu'il n'avait jamais fait parler de lui et que ses employeurs, que j'ai contactés, n'ont jamais eu à s'en plaindre. Pourriez-vous intervenir ?"

Dans le champ des relations sociales apparaît une différence. Le comportement particulier en cause pouvait en fait exister depuis un certain temps, voire très longtemps comme dans certains cas que j'ai pu voir, mais à un certain moment il va être pointé comme la différence dont je parlais dans le premier chapitre. Cette différence perçue socialement fonctionne comme le signal dont parlent les physiologistes. Elle met en branle les mécanismes qui, ayant recueilli le signal, vont s'efforcer d'en déterminer l'origine, la signification et les conséquences. Mais la signification du signal en question ne peut s'entendre que du rapprochement avec des signaux déjà connus ou de son incorporation à un ensemble de représentations qui est celui même qui soutient le fonctionnement des mécanismes sociaux de détection et de traitement qui ont pu recueillir le premier signal. Autrement dit, les assistantes socia-

les, commissaires, etc., qui recueillent la différence ne peuvent l'exploiter, c'est-à-dire en tirer de l'information qu'en fonction des grilles préexistantes de déchiffrement qu'ils possèdent, grilles étroitement déterminées par le lieu qu'ils occupent eux-mêmes dans le champ des signifiants sociaux.

Le demandeur qui perçoit une différence, la récupère dans le langage et s'adresse au dispensaire n'est plus Mme S., ou Monsieur D. ou Monsieur B. mais l'AS de mairie, le commissaire de police, l'AS scolaire. Le terme déclenchant l'échange qui va s'en suivre au dispensaire vient donc d'un ensemble d'instances sociales qui ont fonctionné comme des mécanismes de signalisation, donc de codage.

4) Les chemins de l'exclusion

Si le candidat malade peut se permettre de venir consulter son médecin avec le sentiment de la différence appuyé de quelque vague essai de verbalisation, comptant sur son médecin pour lui nommer son mal et le soigner, l'agent de signalisation ne peut demander l'intervention du dispensaire en termes du pure différence existentielle. Le "signallement" doit être précis, comporter une manifestation sociale non équivoque, qui requière l'intervention d'organismes publics. Le mal est donc déjà nommé, récupéré au niveau d'un langage bien déterminé qui sous-entend à la fois les causes du mal, et les moyens de le combattre, c'est-à-dire de neutraliser le comportement social en question.

On cotoie là constamment la notion de dangerosité, qui revient sans cesse dans les discussions des agents de signalisation pour savoir s'il est justifié d'intervenir ou non. C'est là le critère qui déterminera l'intervention, et sa visée, le déroulement même de la consultation et sa conclusion plus ou moins coercitive, allant de la prescription de médicaments dont on surveillera l'observance jusqu'à l'hospitalisation par voie d'internement, s'il le faut.

La demande qui est faite au médecin vient du corps social qui délègue à cet effet des agents, chargés à la fois de détecter les comportements pathologiques et d'apprécier la pertinence de la réponse de l'appareil médical, qui se trouve ainsi soumis à des pressions constantes avant et après la consultation. Voici à titre d'exemples quelques phrases tirées de messages adres-

sés au dispensaire par la Préfecture de Paris, sous-direction de l'Action Sanitaire, en application de la loi du 15-4-54 : "la commission confie l'intéressé dans un premier temps au dispensaire de secteur, mais demande à être rapidement informée des suites qu'il donnera à cette mesure". "peu accessible actuellement à une prise en charge thérapeutique,... l'intéressé est confié dans un premier temps au dispensaire de secteur mais la commission demande à être informée des suites..." "la commission souhaite être informée en cas d'échec ou d'interruption de la cure ambulatoire."

Le malade se trouve pratiquement exclu comme sujet de cet échange qui se déroule à propos de lui. Toute parole qu'il pose ou essaie déposer devient symptôme rapporté non pas au discours qu'il manifeste mais à un discours social ou institutionnel dont les référents se trouvent en dehors de lui. Qu'on se rappelle ce que dit Goffman : "le personnel part en effet du principe que tout entrant est - du fait même de son entrée - une de ces personnes pour lesquelles l'institution a été spécifiquement créée... tout ce qu'ils expriment est retenu comme preuve de leur désordre mental... Le problème du personnel est alors de trouver un crime qui soit adapté au châtiment."

L'échange se déroule entre des organismes sociaux qui recueillent un fait, le codent et transmettent le message à l'appareil médical du dispensaire d'hygiène mentale, comme s'il était le véhicule de leur demande. La réponse du dispensaire a toutes chances, pour les raisons déjà vues, de se référer au même registre, au même langage, au même code. Souvent elle n'est pas rendue directement aux organismes de détection mais à un autre chaînon institutionnel, dépendant in fine du même employeur, l'hôpital psychiatrique, dont le dispensaire n'est souvent que l'officine de recrutement. La plupart des médecins qui "font" du dispensaire et ont des fonctions hospitalières (la majorité) consacrent d'ailleurs le meilleur de leur activité publique en qualité et en quantité à l'hôpital et conservent une orientation hospitalo-centrique. Il est clair que dans ce cas leur activité de dispensaire est animée par les valeurs et les conceptions de l'hôpital dont il n'est pas dans mon propos ici de faire le procès. Ainsi se trouve constituée une chaîne à trois maillons : pré-cure - cure hospitalière - post-cure, qui soutient les relations entre trois catégories d'agents sociaux : les agents de signalisation que nous avons vus, le dispensaire et l'hôpital psychiatrique, dont les échanges réciproques constituent l'ensemble des services qu'ils rendent à un employeur commun qui les

rémunère, à savoir l'Etat, par l'intermédiaire d'instances administratives spécialisées, dont l'unification est d'ailleurs envisagée dans le cadre d'un dispositif public de lutte contre la maladie mentale (cf. schéma n° 2).

Si l'hôpital psychiatrique est reconnu comme une structure aliénante pour le malade comme pour le psychiatre, le dispensaire est souvent vécu comme une forme d'exercice qui permettra au psychiatre d'asile de se désaliéner et de retrouver la véritable parole du malade, et la sienne, dans une rencontre authentique (2). Retrouver sa parole pour le psychiatre c'est ne plus exécuter le rôle que lui délègue l'institution ni être soumis à son contrôle. On a vu ce qu'il en était. Retrouver sa parole pour le malade c'est retrouver sa liberté aliénée. Qu'en est-il ? S'il vient avec sa demande propre, il ne peut en garder la disposition car il ne peut payer. S'il veut rester partie prenante dans le dialogue avec le psychiatre, c'est-à-dire préserver le transfert, il doit payer autrement. On lui fait crédit. Il paiera de la manière dont il pressent qu'on attend d'être payé : en gommant ses comportements pathologiques, en prenant ses médicaments. Combien de fois lors de remplacements occasionnels dans des dispensaires, ai-je vu venir des malades dont on me disait "ils viennent pour un renouvellement d'ordonnance" et les visages des malades comme des assistantes sociales changer de couleur parce que je pensais naïvement qu'il pouvait être question d'autre chose. Ce paiement "différé" dont tout le comportement de l'institution montre que c'est bien le but recherché, est-il liberté ou nouvelle sujétion ? On sait bien que c'est seulement à partir du moment où le patient dit "je ne prends pas mes médicaments" et où le psychiatre répond "vous prendrez vos médicaments si vous pensez en avoir besoin" que leur relation peut s'engager sur la voie de l'authenticité. Position rien moins qu'évidente, et rien moins qu'aisée.

Si maintenant le malade ne vient pas avec une demande propre, on peut avoir deux attitudes. Soit considérer la demande que fait le corps social à son propos, ou sa famille, comme étant une demande indirecte, réfractée, du malade. On cherchera alors à établir le contact avec celui-ci, c'est-à-dire, un transfert. On est ramené à la situation précédente, et le malade doit payer de manière différée pour la tranquillité de tout le monde. Soit considérer qu'il n'y a aucune demande du malade et répondre uniquement au véritable de-

mandeur. Mais alors pourquoi "traiter" le faux malade, le malade symptôme, sans entamer le dialogue avec le demandeur lui-même ? On a vu que le dialogue entre le demandeur social et le répondant médical ne peut s'effectuer que par la manipulation du consultant.

Ce concept de manipulation est essentiel. Le dispensaire en tant que forme définie d'organisation répond à la définition générale des organisations : "an organization is a system utilizing energy in a directed effort to alter the condition of a basic material in a predetermined manner." (3)

Si l'hôpital psychiatrique est destiné à réduire le malade déviant au silence par le seul poids de sa structure, les médecins n'y ayant qu'un rôle vétérinaire, la réussite du dispensaire d'hygiène mentale est d'obtenir le même résultat en amenant le médecin à se servir de sa parole et de ses médicaments pour instaurer une relation que la gratuité obligera le malade à payer de son silence - ce silence étant entendu comme la conformité aux normes.

La gratuité de la consultation au dispensaire d'hygiène mentale renvoie donc au véritable échange que permet cette institution, à l'échange monnayé de services entre les pouvoirs publics et le médecin, et corrélativement à l'exclusion du patient comme sujet demandant et parlant dans cet échange. La non-validité du code de déontologie en découle naturellement puisqu'on a vu qu'il était le garant idéologique de l'échange d'argent entre le patient et le médecin. Il ne saurait donc s'appliquer là où cet échange n'existe pas. Le texte du code est d'ailleurs explicite. Avant l'énoncé des quatre principes fondamentaux, il précise :

"les principes ci-après énoncés... s'imposent à tout médecin, sauf dans les cas où leur observation est incompatible avec une prescription législative ou réglementaire, ou serait de nature à compromettre le fonctionnement rationnel et le développement normal des institutions ou services de médecine sociale" (article 8).

On pourrait même se demander si dans une certaine mesure le code ne deviendrait pas applicable aux relations entre médecin et employeur, celui-ci choisissant librement "son" médecin, celui-là n'étant pas tenu à l'obligation du secret à l'égard des autres éléments de cette chaîne à trois maillons dont j'ai parlé...

On voit donc que la relation du dispensaire ne s'insère pas du tout à la même place dans le réseau des échanges sociaux que la relation médicale privée, ni que la relation médicale dans les dispensaires municipaux ou privés dits "de soins", laquelle peut être ramenée à un processus d'échange entre des soins et une demande véhiculée par l'argent, même si la somme en est modique. D'un côté un demandeur, un praticien, un échange matérialisé par le passage d'argent du premier au second, échange inégal dont le jeu social visera à assurer un ancrage solide au sein de tous les échanges d'argent. De l'autre côté, un individu considéré dans son expression sociale, un agent de la collectivité, si échange matérialisé par l'argent il y a, il se déroule entre la collectivité et son agent, et à propos du sujet "traité", qui fonctionne alors dans cet échange comme le symptôme dans le discours du corps-souffrant, symptôme qu'il s'agit de réduire au silence.

Si l'individu qui occasionne cet échange n'est que symptôme pour le corps social, que manifeste-t-il, pourquoi donc s'opère cette réduction ? et ne saurait-il en être autrement ? Que le comportement incriminé se manifeste dans la sphère des relations sociales suffit-il pour dire qu'il est d'essence sociale et que c'est au corps social de le repérer et de la traiter. Que le sujet concerné ne se présente pas de lui-même à un médecin ou qu'il n'ait pas conscience de son trouble suffit-il pour affirmer qu'il ne présente aucune demande et qu'il y a lieu d'intervenir impérativement ?

Avant de dire que cette réduction du psychiatrique au "médico-social" est inéluctablement lié à la nature même du fait psychiatrique, et que sa "prise en charge" par de telles institutions est le seul abord possible du trouble mental lorsque le sujet n'en est pas conscient, essayons de voir s'il n'y aurait pas d'autres situations très proches de celle-ci et qui en éclaireraient le sens en se situant à la même place institutionnelle. Puisque la relation médicale privée ne constitue pas en l'occurrence un modèle valable, cherchons-en un ailleurs.

L'HYGIENE SOCIALE OU LA DEPOSSESSION

1) Les fléaux

Découvrir le sens institutionnel des dispensaires d'hygiène mentale, c'est par exemple découvrir sous quelle rubrique ils sont classés dans les catalogues officiels et officieux des institutions médicales.

Si on ouvre le guide Rosenwald 1969 on en relève la trace à deux niveaux : au niveau de l'organisation générale de la Santé Publique, dans des cadres de plus en plus limités. D'abord le Ministère des Affaires Sociales (devenu entre temps de la Santé et de la Sécurité Sociale), puis la Direction Générale de la Santé Publique, puis la sous-direction de l'action-médico-sociale (anciennement sous-direction de l'hygiène sociale), et en parallèle le Conseil Permanent de l'hygiène sociale qui comporte des commissions pour le cancer, le diabète, la lèpre, les maladies cardio-vasculaires, les maladies mentales, la dermato-vénérologie, la maternité, la vieillesse, la rhumatologie, la tuberculose.

On n'y parle pas de dispensaire. C'est dans le chapitre consacré aux "Etablissements hospitaliers divers" et sous le titre de "Direction de l'hygiène sociale du département de la Seine" qu'on trouve la liste suivante :

1° dispensaires d'hygiène sociale et de préservation antituberculeuse, suit la liste de 66 dispensaires

2° prophylaxie mentale

- A. dispensaires de la direction de l'hygiène sociale (enfants et adolescents) - 38 consultations
- B. consultations mixtes (D.H.S. plus divers organismes) - 4 consultations
- C. consultations anti-alcooliques - 37 consultations
- D. consultations de post-cure - 37 consultations
- E. organismes conventionnés.

3° lutte anti-vénérienne

A. services publics : hôpitaux de l'Assistance publique de Paris
Préfecture de la Seine
dispensaires municipaux (onze)

B. services anti-vénéériens privés

4° lutte anti-cancéreuse (quatre consultations dans des dispensaires d'hygiène sociale)

5° dépistage des affections cardio-vasculaires (neuf dispensaires dont six dépendant de la DHS) (1).

Première piste : le dispensaire d'hygiène mentale se trouve dans la même série organisationnelle que les dispensaires consacrés à la tuberculose, aux maladies vénériennes, au cancer et aux affections cardio-vasculaires.

Il s'agit des dispensaires dits d'hygiène sociale, par opposition aux dispensaires dits "de soins" et dont la caractéristique essentielle est la gratuité absolue. Mais ce n'est pas la seule. Pour remonter aux origines législatives de leur fonctionnement, il faut ouvrir le Code de la Santé Publique au Livre III qui porte le titre déjà lourd de sens de "Lutte contre les fléaux Sociaux". Qu'y trouve-t-on ? Cinq titres : lutte contre la tuberculose, lutte contre les maladies vénériennes, lutte contre le cancer, lutte contre les maladies mentales, traitement des alcooliques dangereux pour autrui. Peut-on voir dans ce texte des dispositions qui établiraient des divisions à l'intérieur de ces maladies considérées comme fléaux sociaux ?

Les dispensaires antituberculeux, relevant du service départemental de l'hygiène sociale, sont destinés à assurer la prophylaxie individuelle, familiale et collective de la tuberculose. Les actes qui y sont pratiqués ne donnent lieu à aucune redevance. La décision de placement dans un établissement de soins est faite par le préfet du département de la résidence après choix de l'établissement par le médecin phthisiologue départemental. Rappelons en outre que depuis 1965 la tuberculose est une maladie à déclaration obligatoire auprès de l'autorité sanitaire.

Les dispensaires antivénéériens sont destinés à assurer dans le cadre du département la prophylaxie et le traitement ambulatoire des maladies vénériennes. Ils sont ouverts gratuitement à tous les consultants. Ils relèvent du service départemental d'hygiène sociale. La déclaration des maladies véné-

riennes est obligatoire, nominalement si le sujet est contagieux et refuse de se soigner, ou s'il y a un risque majeur de contamination. Le traitement est obligatoire et en cas de refus, le préfet peut aller jusqu'à prononcer l'hospitalisation d'office.

Le code parle de centres de lutte contre le cancer et ne comporte aucune mesure d'obligation ni de restriction de liberté. Il n'est question ni de déclaration de l'affection, ni de placement.

Les dispensaires d'hygiène mentale fonctionnant dans le cadre des services départementaux d'hygiène sociale assurent le dépistage et la prophylaxie des maladies mentales, des déficiences mentales et de l'alcoolisme ainsi que la post-cure des malades ayant fait l'objet de soins psychiatriques ou de cures anti-alcooliques (article L.326). Les malades peuvent être placés par un tiers ou d'office par l'autorité publique dans des établissements spécialisés, et restent dans ces cas sous le contrôle des préfets. Le placement est obligatoirement nominal.

Les dispensaires d'hygiène sociale ont la charge de surveiller les alcooliques signalés comme dangereux lorsque l'autorité sanitaire, après enquête et examen médical a décidé que le maintien en liberté paraissait possible. Au cas contraire, ou en cas d'échec de la "surveillance" l'alcoolique peut être placé dans un établissement spécialisé par le Tribunal de Grande Instance pour une durée de six mois ; à sa sortie "l'intéressé demeurera pendant un an sous la surveillance d'un dispensaire d'hygiène mentale ou, à défaut, d'hygiène sociale" (article L. 355-6).

Enfin l'ensemble des ressources des dispensaires d'hygiène sociale provient pour sa plus grande part de l'Etat au titre de l'aide sociale, et en partie des collectivités locales. Le code prévoit en outre les sanctions pénales qui résulteraient de la non-observance des prescriptions légales.

Ainsi se dégagent quatre fléaux sociaux qui ont en commun de reposer, pour ce qui est des institutions, sur un réseau de dispensaires entièrement gratuits et sur des dispositions légales prévoyant la possibilité de mesures restrictives de la liberté individuelle et attentatoires à la préservation du

secret médical : ce sont la tuberculose, les maladies vénériennes, les maladies mentales et l'alcoolisme. L'ordre des préséances semble importer peu, de même que les vacabes associés pour désigner la nature de l'action entreprise : préservation, prophylaxie, dépistage, peuvent s'appliquer à n'importe lequel de ces fléaux. En revanche, l'insistance du terme de "lutte" les désigne bien comme des ennemis.

On peut peut-être déjà noter une impropriété dans les termes utilisés pour nommer les dispensaires eux-mêmes qui confine à l'ambiguïté : s'agit-il de lutte contre l'alcool ou contre les alcooliques, de lutte contre Vénus (vénérien : "qui a rapport à l'amour physique" (2)) ou contre les maladies vénériennes, de protection de l'esprit ou de protection contre l'esprit (rapprocher prophylaxie mentale de prophylaxie du tétanos), de lutte contre la tuberculose ou contre les tuberculeux ?

Quel peut être le plus petit dénominateur commun à ces quatre fléaux sociaux, qui épuise le sens contenu dans cette expression, et qui permette justement d'expliquer qu'ils puissent être rangés par le langage social sous la même rubrique, dans la même série paradigmatique ?

2) Les bonnes raisons

Les raisons données habituellement pour expliquer que la société soit obligée d'organiser la "lutte" contre ces maladies et protéger l'intérêt général au détriment s'il le faut de la liberté individuelle reposent sur les conséquences qu'elles entraînent pour la vie des individus. Et l'on allègue aussitôt le taux élevé de mortalité, l'impuissance thérapeutique, la contagion, la chronicité et le caractère souvent peu bruyants des symptômes qui expliqueraient le peu d'empressement spontané des malades à se soigner sans mesures de contrainte ; mais on voit rapidement par où ces raisons invoquées pèchent.

Il est indéniable qu'avant l'apparition des traitements modernes la tuberculose était une maladie à mortalité élevée, pratiquement un arrêt de mort et que son caractère de contagiosité a été reconnue dès la fin du 19^e siècle.

Il est certain que la syphilis peut évoluer pendant de longues périodes à bas bruit et ne voir survenir ses accidents terminaux que très tard, qu'un traitement efficace n'a été découvert que très récemment, et qu'elle est contagieuse. Mais l'incidence de son taux de mortalité est déjà beaucoup moins grand que celui de la tuberculose. Quant à l'alcoolisme ou aux maladies mentales, ils sont totalement dissociés de la notion de mortalité, même si l'incidence de l'alcoolisme n'est pas négligeable à cet égard, par l'intermédiaire de la cirrhose ou des accidents. On voit donc que la notion de mortalité élevée n'est pas une condition nécessaire pour parler de fléau social. Il y a d'autre part des causes importantes de mort que la société ne prend pas du tout en charge de la même manière que ces fléaux sociaux. Si le cancer et les affections cardio-vasculaires, principales causes de mort actuellement, bénéficient de certaines dispositions du dispositif d'hygiène sociale, on a vu que c'était de manière extrêmement fragmentaire. Enfin il n'est que de citer l'attitude de la société à l'égard de la guerre, grande pourvoyeuse de mort, dans laquelle elle s'engage souvent "d'un coeur léger"...

S'agit-il de la contagion et de la contamination possibles. Est-ce que "nous sommes solidaires parce que la contagion nous vient le plus souvent de nos semblables" (3) ? S'il s'agit de la contamination microbienne, ce qui est vrai de la syphilis et partiellement de la tuberculose, il est facile de montrer que c'est une condition notoirement insuffisante : de nombreuses maladies contagieuses ne sont pas considérées comme fléaux sociaux - même si elles entraînent une déclaration obligatoire - et relèvent de services tout à fait différents (directions de l'hygiène publique) pour la collection des données épidémiologiques comme pour leur prophylaxie et leur traitement. D'autre part, comme nous le verrons, les structures sociales qui ont abouti à la notion de fléaux sociaux se sont constituées à une époque où était ignoré le concept de contagion.

Enfin ni l'alcoolisme ni les maladies mentales ne résultent d'un contagement. Pourtant au niveau des fantasmes circulants la coexistence avec des malades mentaux n'est pas exempte de dangers, non pas en l'occurrence du fait de leur comportement mais en raison d'un risque mal défini ressortissant à une véritable contamination. La crainte d'attraper la maladie des fous est journallement exprimée de la part de nombreux malades et de leurs familles. L'alcoolisme est souvent ramené quant à lui à des phénomènes d'entraînement et de promiscuité.

Cette incursion dans le domaine des représentations collectives amène, d'ailleurs à la surface d'autres images qui sont étroitement liées à celles de la contamination - qui ne peut on l'a vu être réduite à une simple contamination microbienne.

Enumérer la tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme, la folie, c'est énumérer les maladies honteuses, celles qu'on cache dans les familles, celles dont on n'avoue pas le nom dans la conversation. Il est très récent, et encore bien incomplet, le changement d'attitude qui a pu s'opérer à l'égard de la tuberculose, au point qu'au cours de mes études de médecine, les bons médecins des Hôpitaux de Paris nous conseillaient de ne pas employer ce mot devant les malades, comme on ne devait pas parler de cancer. Or la tuberculose n'a plus le pronostic du cancer, et si quelqu'un parle de son cancer, on admire sa lucidité, mais on ne ressent pas la vague gêne d'entendre quelqu'un dire "j'ai la tuberculose"... Tout le monde est soulagé d'entendre évoquer seulement "un voile au poumon" ou "un point de pleurésie". La dépression nerveuse, qui commence à être bien portée, recouvre pudiquement tous les troubles mentaux, et les hôpitaux psychiatriques ne sont guère que des maisons de repos dans les conversations mondaines. Je ne parle même pas de "l'aveu" de la syphilis ou de l'alcoolisme.

Comme tous les mots tabous, ces maladies ont donné naissance à des substantifs nombreux aussi bien dans le registre de l'euphémisme (poitrinaires, malade atteint d'une maladie honteuse, buveur, nerveux), que dans celui du mépris (tubard, vérolé, poivrot, dingue), tant l'utilisation des termes "scientifiques" (phtisique ou tuberculeux, syphilitique, alcoolique, aliéné, fou, malade mental) risque d'être vécu comme portant condamnation et rejet.

Deuxième image, liée à la précédente, celle de la dissimulation et de l'isolement. Des maladies qu'on attrape et dont on se soigne clandestinement. La syphilis contractée dans le réduit des alcôves ou des maisons dites closes, à l'occasion d'un commerce toujours clandestin. La tuberculose qui impose l'isolement loin de la ville néfaste dans des établissements autour desquels s'est créée toute une mythologie. La maladie mentale "soignée" dans des hôpitaux dont on ne sait rien et dont on ne veut rien savoir ; l'alcoolisme enfin qui devient objet de réprobation quand il se pratique de manière solitaire et cachée. Lui aussi impose éloignement et isolement.

Une troisième image. Le "malade" c'est l'autre. Le malade honteux en tout cas. C'est toujours à un autre que ça risque d'arriver. Quand on lit des ouvrages ou des articles sur ces maladies, quand on voit un film ou une pièce, on ne s'identifie pas au tuberculeux, au syphilitique, ou à l'aliéné. Quand on parle de l'alcoolisme, tout le monde est prêt à en reconnaître les méfaits, mais nul ne se sent en cause. Ce n'est pas par hasard que ces affections reviennent dans le discours des malades mentaux que ce soit sous la forme de la crainte d'en être atteint ou puni (syphilophobie, crainte de devenir fou, d'être tuberculeux) ou celle de l'auto-accusation (certitude d'être porteur de germes de syphilis ou du tuberculose). A quoi il faut ajouter la cancérophobie. Si elles sont choisies comme thèmes véhiculant l'auto-accusation ou l'agressivité c'est bien en fonction des significations dont elles sont investies par le discours social.

Maladies dont on ne s'aperçoit pas, dont on n'a pas conscience, qui ne sont vues et nommées que chez l'autre, provenant de et retournant à des régions cachées, et que le corps social a chargées de honte. Comment se fait-il alors que le corps social, composé justement de tous les "autres", en fait des maladies dont on ne doit pas parler et en même temps désigne ceux qui en sont atteints en les contraignant à fréquenter des institutions dont la dénomination ne permet aucun doute ?

3) Une longue histoire

Tuberculose et alcoolisme deviennent en France des maladies sociales au 19^e siècle, coïncidant avec la triple explosion du capitalisme industriel : développement de la grande industrie, concentrations urbaines, élaboration d'une connaissance scientifique positive. C'est dans les mêmes milieux sociaux, dans les mêmes classes qu'il font leurs plus sérieux ravages, trouvant dans les conditions de travail (ou de chômage), de logement et d'alimentation, dans les perturbations physiologiques, psychologiques et familiales qu'entraîne la mutation économique, le terrain idéal de leur développement. Non seulement l'apparition de la tuberculose et de l'alcoolisme est liée à ces facteurs socio-économiques, mais également leur diffusion : la contamination bacillaire

s'appuie sur la promiscuité, le surpeuplement et l'absence d'équipements collectifs, l'entraînement alcoolique s'épanouit dans les assommoirs, troquets, estaminets, bistrots, zincs, bouibouis, caboulots, dont sont truffés les quartiers populaires, et où l'on se retrouve de préférence entre hommes. Enfin les conséquences sociales de ces fléaux sont énormes, sans même tenir compte du coût pour la santé Publique, préoccupation qui ne viendra que beaucoup plus tard : mortalité, absentéisme, baisse du rendement, improductivité, délinquance, actes anti-sociaux, bref dangerosité.

"Maladies" résultant du développement prodigieux de la société sur le plan économique et démographique, avec les immenses zones d'ombre qu'il crée, elles surgissent de ces zones d'ombre pour revenir le mettre en péril, comme un boomerang. Fléau pour certaines classes qu'il a instituées, le développement industriel se verra menacé par des fléaux issus de ces mêmes classes, et sera tenu de les combattre. Pour éviter de se remettre en question, la société niera toute responsabilité et fera passer les individus en cause pour des tarés, atteints de maladie honteuse. Il existe à cela des voies toutes préparées.

Qu'en est-il en effet des maladies vénériennes ? Favorisées dans leur extension par les concentrations de population du 19° siècle, mais n'en dépendant pas aussi étroitement que la tuberculose et l'alcoolisme, elles atteignaient toutes les classes sociales et il ne semble pas qu'il s'agisse là de maladies à détermination socio-économiques, même si des phénomènes sociaux comme les guerres (du 16° siècle en Italie, du 18° en Allemagne et du 20° en Europe) et la prostitution ont joué un rôle important. Les conséquences des affections vénériennes n'ont pas non plus sur le plan démographique l'incidence de celles examinées plus haut : mortalité et effets sur la descendance ne sont pas négligeables mais n'ont jamais eu aux époques historiques la massivité des maladies infectieuses ou de la famine.

Pourtant très tôt elles ont été considérées comme honteuses, et on fait l'objet de la réléation à l'Hôpital Général, au même titre que de nombreuses catégories d'antisociaux, de marginaux, d'amoraux, et que les "insensés", à quelques années d'intervalle de la création des premières grandes manufactures et des compagnies "des Indes" qui vont organiser en grand la traite des Noirs. Notons en passant que la syphilis est la conséquence en Europe des grandes découvertes qui vont également permettre l'accumulation du capital sur laquelle prendra essor le développement industriel débutant.

Dans l'expression "maladies vénériennes" le terme important est "vénériennes" au point que, comme nous l'avons vu, on parle de lutte anti-vénérienne ce qui d'un point de vue strictement médical n'a pas de sens - mais justement il ne s'agit pas seulement de médecine. L'articulation du fait vénérien au fait social se situe dans l'acte sexuel lui-même et sa possible réinsertion dans le réseau des relations sociales. Y échappant et par sa nature même le niant, car hors du langage, le plaisir devient péché et interdit. Mais, contradiction fondamentale de l'espèce, ne pouvant être éradiqué, il sera toujours soumis à des tentatives de réappropriation sociale, de contrôle, de limitation. Sujet tabou, c'est pourtant au plaisir que ne cesse de se référer le discours social, comme si son irruption était menace constante pour l'ordre social et constituait par là cet inceste au sens structural défini plus haut, et comme s'il s'agissait sans cesse de le prévenir en assurant une circulation minimale des pulsions sexuelles au moyen de divers signifiants. Je ne ferai que citer (pour en avoir parlé au premier chapitre) l'argent et les codes normatifs institutionnalisant les notions de péché et de morale.

Si les vénériens eussent existé au Moyen Age, nul doute qu'ils eussent été comme les ladres la manifestation vivante de la punition divine, exhibant dans leur chair la marque du péché. L'ordre classique, plutôt que d'exposer l'effrayante puissance du mal, a préféré traquer et réduire au silence ceux qui, soumis au désordre des sens risquaient de contaminer l'ordre de la raison - contamination non microbienne dont le processus était ignoré, mais bien morale - comme ceux qui, insensés, manifestaient que le non-dicible pouvait être plus fort que le dit.

Le mouvement qui se traduit sur le plan administratif par le processus de renfermement émergera sur le plan des représentations sociales par celle de "mal honteux".

C'est au 19^e siècle que le concept se modifie en celui de "maladie honteuse" et incorpore comme affections médicales deux ordres de phénomènes pathologiques, la phtisie et l'alcoolisme, tandis que vénériens et insensés se trouvent atteints de maladies vénériennes et d'aliénation mentale. L'exclusion, si elle est rematérialisée pour les aliénés mentaux (et en bonne partie pour les alcooliques) par la loi du 30 juin 1838 et la construction de nombreux murs

d'asile, restera pour les autres maladies honteuses limitées à l'ordre du langage et des fantasmes, la pratique sociale ne les prenant en charge que comme maladies, aussi bien sur le plan épistémologique que sur celui de la thérapeutique.

Le dispositif de l'hygiène sociale qui est, pour l'instant, le dernier maillon historique de cette chaîne, se met en place très tardivement, et très brusquement, puisque après de nombreux essais, tout va se cristalliser en une quinzaine d'années, de 1940 à 1955. Les dispensaires anti-tuberculeux, prévus dès 1916, se constituent sous leur forme actuelle, que nous avons vue, en 1945. On peut pointer aussi pour la tuberculose d'autres dates significatives : 1893, secours aux indigents tuberculeux (loi sur l'A.M.G.), 1921, congés de longue durée aux instituteurs, 1930, extension à tous les fonctionnaires, 1965, déclaration obligatoire.

1942 est la date importante pour la syphilis et les autres maladies vénériennes, celle qui décrète sa déclaration et son traitement obligatoire et met en place le réseau des dispensaires.

1941. Premières consultations d'hygiène mentale dans les dispensaires de l'office public d'hygiène sociale de la Seine, alors que le dispensaire de Henri Rousselle fonctionnait depuis 1922, et que la circulaire ministérielle qui appelle à créer des dispensaires d'hygiène mentale ayant "un rôle de dépistage et de triage" date du 13/10/1937. La création des dispensaires va se multiplier à partir du décret du 20/5/1955 qui en assure le financement par l'Etat.

Enfin les dispensaires anti-alcooliques sont officialisés par la loi du 15 avril 1954 .

Ce dispositif, qui renvoie à des structures vieilles de trois siècles, pour y intégrer des phénomènes dont la liste n'est pas close (l'extension se fait progressivement vers le cancer et les affections cardio-vasculaires, ces dernières elles aussi "maladie de civilisation"), se relie donc à la chaîne du renfermement et de l'occultation. La dimension commune de tous les faits en cause semble bien être celle de l'inceste en tant que manifestation d'un désir qui remettrait en question l'organisation sociale, si celle-ci n'y mettait bon ordre.

Quelques exemples montrent ce que peut avoir d'éclairant cette conception de la signification des maladies honteuses. Ainsi, elles ont joué un rôle important dans la rencontre entre les sociétés industrielles et les sociétés dites sauvages ou primitives ou statiques. Certaines de ces rencontres ont été bien étudiées : l'extinction des polynésiens des îles Hawaïi (4), la dégradation de la condition des Eskimos (5) ou l'extermination des peuples indiens d'Amazonie là où ils ont rencontré les exploiters de leur forêt natale. L'alcoolisme, la tuberculose et les maladies vénériennes les déciment quand ils ont survécu aux épidémies de rougeole ou de varicelle, sans qu'on puisse déterminer si l'implantation de ces "fléaux" résulte de la destruction de leur système de valeurs et de leur organisation sociale ou si celle-ci est la conséquence des perturbations démographiques produites par ces affections. Il n'est pas étonnant qu'on ne parle guère dans ces descriptions ethnographiques des maladies mentales car si elles se produisent elles ne peuvent se repérer que par référence à un langage et à des valeurs que le "civilisé" ignore. Celui-ci jugera le colonisé en fonction de ses propres critères et parlera d'apathie, de paresse, d'indolence, d'absence de moralité, de laxité, de refuge dans le rêve et la drogue anesthésiante.

La tuberculose, la syphilis, l'alcoolisme frapperait-ils des individus contraints de vivre dans des systèmes dont ils ne peuvent reconnaître les valeurs, c'est-à-dire la loi, comme étant les leurs, ce que manifesterait jusqu'à la distorsion du langage, la folie.

Il n'est pas que les peuples dits primitifs que frappent ces maladies. D'autres, dont les sociétés n'ont pas été statiques mais n'ont pas suivi la voie du développement industriel, en tombent également victimes lorsque leurs ressortissants sont contraints de vivre dans ce genre de société. La moitié des nouveaux cas de tuberculose découverts chaque année concerne actuellement en France des travailleurs originaires de pays méditerranéens ou africains. (6) L'alcoolisme et les troubles mentaux amènent de plus en plus de travailleurs immigrés dans les hôpitaux psychiatriques.

On croise là une autre ligne de réflexion qui passe par le concept d'altérité dans la relation entre les maladies honteuses et le racisme. D'une part "ce sont des étrangers qui nous amènent ces maladies", d'autre part le racisme est lui-même une de ces affections honteuses dont c'est toujours l'autre qui est atteint...

4) La réduction médicale

Si les dispensaires nous ont fait remonter au 17^e siècle, ils sont aussi la matérialisation d'une forme de lutte contre ces fléaux qui prend corps au 19^e siècle. Il y a en effet, mettant également en danger l'organisation sociale, bien d'autres phénomènes, ne serait-ce que le champ de la délinquance et celui de la contestation politique et culturelle de l'ordre établi. Croire qu'ils n'ont rien à voir avec ce dont je parle serait oublier que jusqu'à 1789 ceux qui s'étaient rendus coupables de ces délits furent parfois jetés dans les mêmes culs-de-basse fosse et les mêmes bastilles que les vicieux, débauchés, vénériens, insensés et indigents. C'est la Révolution, et le capitalisme industriel qui introduisit le clivage, parmi toutes les conduites menaçant la sécurité des personnes et l'ordre public, entre celles qui relèveraient des juges et celles qui relèveraient des médecins. Le mouvement a d'ailleurs tendance à se poursuivre actuellement vers les médecins comme le montrent les débats criminologiques et les tentatives de donner des explications psychopathologiques à des phénomènes comme la "contestatation" de mai 1968, la révolte étudiante ou le mouvement "hippy".

Au 19^e siècle donc, les quatre fléaux dont je parle tombent dans le champ de l'appartenance médicale. Pour les vénériens l'existence manifeste de symptômes physiques, l'action du mercure, la découverte de lésions anatomiques spécifiques, et enfin la découverte du treponema pallidum permirent la récupération des pêcheurs par les médecins. De même pour la tuberculose, cavernes et bacille de Koch la firent basculer dans le domaine de l'action et du savoir médical. C'est ce qu'on pourrait appeler l'impérialisme médical naissant du 19^e siècle qui récupéra dans le même mouvement les maladies mentales et l'alcoolisme, sans que toutefois les considérations morales ne fussent jamais absentes comme le montre la longue vivacité du concept de dégénérescence en psychiatrie et les attitudes morales encore largement répandues de nos jours à l'égard de l'alcoolisme. Pourtant toutes les raisons objectives sur le caractère proprement médical de ces affections ne suffisent pas à en faire des maladies comme les autres. Dexu faits le montrent à l'évidence : les intéressés ne se considèrent pas véritablement comme des malades et tous les articles concernant la lutte contre ces fléaux reviennent à longueur d'année et de page sur l'indis-

cipline des malades, leur négligence, leur insubordination, finalement l'inconscience de leur état. Cette mauvaise volonté à accepter une réponse médicale aurait-elle lieu d'être si le problème de base était réellement médical, ou peut-être ces "malades" sentent-ils que cette réponse n'est médicale qu'en surface ? D'autre part, les médecins eux-mêmes ont l'air de douter des raisons officielles qu'il y a à lutter contre ces maladies ; les articles dont je parlais se plaignent avec la même constance de la non-observance de l'obligation de déclaration : "la plupart des malades examinés en consultation privée échappent à la déclaration (des maladies vénériennes) malgré les prescriptions légales" (7), "indiscipline des médecins praticiens qui n'ont pas tous compris... l'obligation de déclarer tous les cas de tuberculose" (8), etc., alors que les autres maladies à déclaration obligatoire (infectieuses, professionnelles) connaissent assez peu d'infractions.

On se trouve donc en pleine ambiguïté : d'un côté un discours scientifique qui se veut objectif et des prescriptions qui se veulent médicales - de l'autre un appareil institutionnel renvoyant à des concepts qui sont de l'ordre de l'occultation et du rejet. On peut alors se demander si, plutôt qu'une véritable mutation du sens que la société attribue à ces fléaux, la médicalisation ne constitue pas une simple adaptation des mécanismes de défense à l'appréhension scientifique et technologique des phénomènes sociaux et politiques qui caractérise notre époque. L'approche médicale des quatre maladies, dans leur connaissance comme dans leur traitement, ne serait ainsi qu'un moyen beaucoup plus subtil et efficace à la fois de contrôler le risque social qu'elles comportent et de masquer leur sens profond de contestation d'un système social.

Un exemple et une citation pour montrer l'opérativité de ce mécanisme.

L'exemple : les accidents de la route, les "week-ends sanglants", les hécatombes de la Toussaint ou de la Pentecôte. Problème sérieux, puisqu'il constitue une des premières causes de mortalité pour les hommes jeunes dans les pays industrialisés. Or l'approche qui en a été faite pour découvrir les causes et imaginer les solutions révèle les étonnantes limitations du corps social à comprendre ses propres mécanismes, ou à se les avouer. On envisage de lutter contre ces accidents en améliorant les routes, en aménageant les vé-

hicules, en condamnant sévèrement les infractions, à la rigueur en essayant de pénétrer la psychologie individuelle des automobilistes qu'on accablait en conséquence du conseil de prudence et de sagesse. Mais apparemment nul ne s'est avisé que ces "hécatombes" constituaient des suicides collectifs : dans la majorité des cas les accidents auraient pu être évités, qu'il s'agisse d'inobservation du code, d'excès de vitesse, d'imprégnation alcoolique ou de surcharge de véhicule, c'est-à-dire que dans la majorité des cas le risque d'accident mortel est connu ou peut l'être. Le problème est donc de savoir pourquoi à chaque week-end des milliers de gens prennent le risque d'une mort violente ou d'une infirmité grave. Ceci conduirait rapidement à une mise en cause de la société elle-même : conditions de vie tout au long de la semaine, urbanisme, logement, sentiment individuel d'insertion dans une communauté et de responsabilité. On voit donc, que, bien que le problème ne touche qu'incidemment à la médecine ou à la psychologie, il y a le même processus de résistance et de déplacement des problèmes quand c'est le fonctionnement même de la société qui est en jeu, et cela quel que soit le coût du déplacement, coût particulièrement élevé en vies humaines dans le cas particulier.

La citation : "la prévention (médico-sociale)... devrait s'exercer dans la vie urbaine, sociale et professionnelle pour lutter contre l'inadaptation de l'homme à ses conditions d'existence, du travailleur à sa vie professionnelle, du citadin aux villes monstrueuses de l'avenir" (9) - souligné par moi.

Ce qu'on voit là à l'oeuvre, c'est un processus de dépossession. Une parole qui manifeste un désir contraire à la loi générale d'un système et qui risque par là de le détruire se trouve déconnectée de ce désir pour n'être plus reliée qu'au système lui-même, pour lequel elle est réduite à l'état de symptôme, c'est-à-dire de simple dysfonctionnement dénué de sens autre que celui que le système est prêt à recevoir. C'est le genre de mécanismes que la psychanalyse a dégagés sous les noms d'isolation et de déplacement, résultant d'un refoulement à l'égard de pulsions incestueuses.

C'est parce que la société a situé dans le même champ d'exclusion, au sein de structures architecturales, sanitaires, langagières de même forme et de même insertion dans le réseau social des problèmes qui pourraient sembler différents, qu'on peut penser que pour l'ensemble du corps social ils ont la même signification profonde.

Refouler une pulsion interdite. En assurer cependant la décharge, par nécessité économique (au sens freudien), mais en la déplaçant et en la chargeant de culpabilité. Résister au dévoilement du sens véritable. C'est peut-être ce qui explique qu'on lutte contre des fléaux sociaux, tout en ménageant leur prise en charge et une certaine résolution de la tension qu'ils manifestent par une approche médicale, mais en en faisant des maladies honteuses et en occultant toute ouverture sur leur signification profonde.

Le plaisir est isolé de l'acte sexuel qui n'est qu'une donnée épidémiologique dans le traitement du vénérien. La destruction de la personne est détachée des conditions de vie imposées par la société industrielle qui ne deviennent que des facteurs favorisant la prolifération du bacille de Koch et que les antibiotiques sauront vaincre, ou expliquant une intoxication à bout de laquelle on viendra avec des vitamines ou des agents de dissuasion.

Il ne s'agit plus de la mort d'un homme et de sa nostalgie du paradis perdu de l'inceste qui s'affrontent à la vie et au langage dans le cadre d'une relation interpersonnelle comme la relation médicale privée, où la victoire finale du système est assurée par la circulation de l'argent. Il s'agit de la mort d'une société et de la pulsion "incestueuse" de groupes entiers que le système doit affronter lui-même car c'est directement lui qui est mis en question. C'est dans la stratégie de cette lutte que prend place le dispensaire d'hygiène mentale, c'est elle qui en explique la gratuité apparente, car c'est bien là le corps social qui est demandeur, et le médecin qui doit réduire le symptôme, sans que le malade puisse faire reconnaître le sens profond d'une parole dont il se trouve dépossédé.

Je n'ai pas abordé le problème de la spécificité du fait dit psychiatrique, mais voulu pointer le sens que pouvait avoir la pratique médicale dans le dispensaire d'hygiène mentale. Cette spécificité a déjà été étudiée ailleurs et pourra être reprise ultérieurement. Le fait de la folie est, et pose problème et demande réponse. Je voulais seulement montrer à propos d'une forme d'activité précise que la pratique actuelle obère et entrave considérablement l'abord du problème de la folie dans toute sa dimension et ne permet d'y apporter que des réponses fragmentaires et "symptomatiques". La démonstration

serait encore plus facile à faire autour de l'hôpital psychiatrique. Mais cela doit être dit aussi du dispensaire en un temps où la tendance est à les multiplier comme s'il constituait une panacée, et à prôner une doctrine dont rien ne garantit qu'elle n'est pas une de ces tentatives de mieux aménager la répression à l'oeuvre contre la folie, sous des masques divers, depuis des siècles, et de mieux occulter ce qu'elle peut venir contester avec encore tant de vigueur qu'opère toujours le même processus de résistance et de déplacement.

Il semblerait logique d'évoquer, en épilogue, des lignes perspectives et des propositions "pratiques" pour faire pendant harmonieux au projet critique qui a donné naissance à ces lignes. Cette réflexion n'était qu'un temps. Parti de la pratique pour une reprise synthétique et théorique des faits, il s'agit maintenant d'y retourner et de participer avec les équipes psychiatriques et les usagers exclus à l'élaboration d'une pratique et d'une théorie psychiatriques nouvelles qui ne peuvent se concevoir sans un travail identique à l'échelle de tout le corps social.

CONCLUSION

Si la conclusion que je vais essayer de formuler maintenant pour clore un temps de la réflexion s'écarte notablement des interrogations que je posais au départ, c'est qu'à tenter de démêler le réseau des structures signifiantes dans lesquelles j'ai trouvé pris mes fils conducteurs, j'ai abordé des rivages imprévus sinon imprévisibles qui, s'ils limitent la mer sur laquelle j'ai navigué, limitent également des terres qui demandent à leur tour à être explorées.

Amené au terme de quatre années d'internat à choisir entre une pratique privée et une pratique publique, dans le domaine psychiatrique, j'ai été étonné de m'apercevoir que dans un cas je recevrais de l'argent d'un patient et que j'aurais à observer le code de déontologie, tandis que dans l'autre j'en serais dispensé et que je ne recevrais rien du patient. Cet étonnement légitimait d'entreprendre une réflexion sur le lien qui peut unir argent et code de déontologie, et sur le statut qui peut en résulter pour le médecin selon qu'il choisit l'un ou l'autre mode d'exercice.

Considérant d'abord la pratique privée, et sans m'attacher particulièrement à une spécialité quelconque, l'analyse nous a montré que l'argent y occupait une place nécessaire, en rapport avec la demande même qui amenait le patient à consulter. Celle-ci tirant son origine et son énergie d'au-delà du discours, elle ne pouvait recevoir une réponse qu'à condition que se crée un nouveau manque créant à son tour une nouvelle demande, serait-ce sous une autre forme. C'est là une nécessité économique au sens freudien et au sens habituel : la relation médicale est incluse dans la chaîne des échanges interpersonnels du sujet et ne peut en bloquer le fonctionnement - elle est également insérée dans le réseau des échanges sociaux et économiques du malade et du médecin et ne peut là non plus les bloquer. C'est l'argent qui soutient cette

double insertion, que nous avons vue plus assurée du côté du médecin que du côté du patient. Le code de déontologie édicte les normes qui doivent conserver ce rôle à l'argent circulant mais entre en conflit actuellement avec une pratique sociale qui s'en écarte. Essayant de comprendre le sens de ce désaccord, nous nous sommes rendu compte que l'intervention de la Sécurité Sociale visait à ancrer beaucoup plus solidement la relation médicale dans les circuits relationnels, et en particulier ceux qui sont les plus vitaux pour elle actuellement, les circuits économiques, liant organiquement le statut de malade à celui de producteur et rendant le médecin comptable de deniers considérés comme publics. Il est apparu alors que le contrat établi entre deux sujets désirants se trouvait surdéterminé par une volonté et une demande sociales, et que le code devenait moins nécessaire dans la mesure où d'autres dispositions légales ou réglementaires remplissaient sa fonction.

Ayant ainsi établi la liaison nécessaire entre argent et déontologie, il devenait clair que celle-ci ne pouvait avoir cours en médecine gratuite, dont le dispensaire d'hygiène mentale, champ d'application de ma réflexion, constitue un exemple frappant. Mais alors que devenait dans cette situation la relation entre le médecin et le malade et leurs statuts respectifs ? Dans la société française de 1970 il n'y a pas de gratuité : si un échange social semble se dérouler sans intervention de l'argent, c'est que l'argent circule ailleurs, portant le désir du véritable demandeur, c'est-à-dire du véritable sujet. L'argent établit ainsi une relation entre l'administration sanitaire et le médecin du dispensaire, le malade devenant l'objet de l'échange. A quel point il n'est qu'objet nous l'avons vu en analysant les maillons institutionnels auxquels est accroché le dispensaire, réseaux d'information en amont qui "traitent" le malade, chaîne qui empêche à tout moment la parole du malade d'être autre chose qu'une parole de l'institution, renvoyant pour celle-ci à ses propres valeurs. Même si une demande s'établit venant du malade, il n'en garde pas la disposition, car il ne peut payer que de manière différée, et par la réduction de son symptôme. C'est ce "traitement" du symptôme du patient que le médecin est supposé accomplir au profit de l'administration, comme si ce symptôme était en fait celui de la société demandeuse.

C'est pour approfondir cette notion de symptôme du corps social que j'ai essayé de découvrir s'il y avait des structures médicales identiques à celle du dispensaire d'hygiène mentale, comportant à la fois la gratuité et l'absence de demande propre du consultant. Les dispensaires anti-vénériens, anti-tuberculeux et anti-alcooliques font effectivement partie de la même série que les dispensaires d'hygiène mentale. Cette même place dans le dispositif sanitaire répond en fait à une situation identique dans les représentations et fantasmes collectifs, sous la dénomination de fléaux sociaux, concept étroitement lié à celui de maladies honteuses.

L'explication habituelle de ces termes est apparue insuffisante : la mortalité, l'invalidité, le coût économique pour la société, le risque de contagion ne sont en fait des conditions ni nécessaires ni suffisantes pour expliquer ces dénominations. La mise en évidence de certains faits historiques tant au sein de la société française que dans la rencontre entre une société industrielle et des sociétés non-industrielles suggère que les phénomènes pathologiques considérés manifestent la réaction d'individus ou de groupes pour qui ladite société est elle-même le "fléau". On peut alors se demander si ce n'est pas pour masquer cette charge de contestation fondamentale que la société cherche à neutraliser ces phénomènes et à en opérer la réduction à un niveau médico-social, appréhensible par une connaissance scientifique. Certains exemples ont permis de montrer l'opérativité au niveau du corps social global de ce processus de résistance et de déplacement, pris dans leur sens freudien. L'occultation, justifiée comme la lutte contre un mal néfaste au bénéfice du bien général, relèverait alors des mécanismes de prohibition de l'inceste, assurant la préservation d'un système donné de relations, ou, si l'on veut rester dans le registre freudien, prévenant le retour du refoulé.

L'appartenance du fait psychiatrique à cette série de la dépossession soulève deux ordres de questions :

- à quel niveau se situe la contestation, ou si on veut le péril social, qu'il véhicule ?
- si on conteste la manière dont la société réagit au fait psychiatrique et le neutralise, n'est-on pas amené à contester globalement cette société, et alors quel est le type de système relationnel où la répression de la folie ne serait pas une nécessité structurale ?

Ces questions ne sauraient être débattues dans cette thèse, mais elles ouvrent le champ de nouvelles réflexions et permettent de revenir à la pratique, en particulier par l'interrogation qu'elles posent sur la nature des structures d'hygiène mentale préconisées actuellement et parfois présentées comme la solution enfin trouvée du problème de la folie. Problème rien moins que résolu...

CONCLUSIONS

Nous avons été amené au cours de nos quatre années d'Internat dans les Hôpitaux Psychiatriques de la Seine à voir un grand nombre de patients dans des dispensaires d'hygiène mentale relevant tous de la Direction de l'Hygiène Sociale de l'ancien département de la Seine.

Ce sont les observations recueillies au cours de ces consultations qui ont fourni le matériel clinique de la présente thèse, conjointement avec des données fournies par notre pratique hospitalière et notre pratique en clientèle privée à l'occasion de quelques remplacements. Ces dernières données constituent des points de comparaison pour l'étude de la relation médicale au dispensaire d'hygiène mentale, qui est le sujet de notre travail.

Nous avons cherché à étudier le fonctionnement de ces dispensaires, en soi et par comparaison, pour comprendre un certain nombre de faits cliniques précis qui intéressent directement la relation thérapeutique : la difficulté à établir une relation durable dans le temps, quand aucune contrainte extérieure ne vient la soutenir, ceci même quand le sujet est pleinement conscient de son état morbide, et qui se manifeste au mieux par l'échec avéré de la plupart des psychothérapies poursuivies dans ce cadre - l'ambiguïté et les nombreuses déceptions de la prise en charge des alcooliques - le succès relatif de la post-cure des psychotiques dans la prévention des troubles du comportement et des rechutes, en particulier pour ce qui est des délirants chroniques.

L'analyse des faits cliniques a montré qu'il fallait distinguer deux séries de patients :

1°) ceux qui viennent consulter avec une demande propre, qui représentent environ 25 % des cas d'une consultation de dépistage, et dont l'appartenance nosologique ne se confond pas entièrement avec les névroses, mais s'étend aux toxicomanies, aux perversions et aux psychoses chroniques.

2°) ceux dont la demande n'émane pas d'eux-mêmes représentent les 75 % restants et comportent certes en majorité des psychotiques et des alcooliques, mais aussi des caractériels et des déséquilibrés.

Pour le premier groupe, il semble, par comparaison avec la relation médicale privée, que la gratuité du dispensaire joue un rôle primordial dans la difficulté, voire l'échec de la relation psychothérapique, qu'on envisage celle-ci au sens strict de l'analyse du transfert ou à celui, élargi, d'une action de soutien médiatisée ou non par les médications psychotropes. Il apparaît nécessaire dans ces conditions, et en fonction des données socio-culturelles générales, de réinstaurer une certaine circulation d'argent au dispensaire, dont les modalités précises restent à déterminer.

Pour le second groupe, nous avons cherché à préciser l'origine de la demande : elle se trouve parfois être la famille, mais plus souvent des institutions d'assistance médico-sociale et les autorités publiques. Nous avons ainsi démonté les mécanismes de contrôle qui permettent à ces instances d'apprécier la pertinence de la réponse du dispensaire et il nous a semblé que c'est le fonctionnement de ce réseau d'information et de traitement qui explique le succès relatif de la prise en charge des psychotiques par un phénomène de réduction du symptôme, dans un nombre appréciable de cas, mais qui pourrait peut-être aussi expliquer les échecs du traitement des alcooliques et des psychopathes.

Il nous a semblé intéressant pour terminer de tenter une analyse historique et structurale des dispensaires d'hygiène sociale, qui a éclairé les raisons de leur gratuité par la nécessité où se trouve la société de prendre médicalement en charge la lutte contre ce qu'elle considère comme des fléaux sociaux, mais qui a aussi soulevé la question de savoir si cette lutte pouvait dépasser le niveau symptomatique, dans les conditions actuelles de son organisation, ce que nous ne pensons pas, d'après les exemples que nous avons analysés.

Vu, le Président de Thèse :

Pr Clément LAUNAY.

Vu, le Doyen de la Faculté :

Pr Georges BROUET.

Vu et Permis d'Imprimer

le Recteur de l'Académie de Paris

J. ROCHE

BIBLIOGRAPHIE

1°) Introduction et premier chapitre : La relation médicale payante.

Ouvrages cités :

1 - J.R. DEBRAY

Le malade et son médecin. Flammarion, Paris, 1965.

2 - J.P. VALABREGA

La relation thérapeutique. Paris, 1962

3 - M. BALINT

Le médecin, son malade et la maladie. Petite Bibliothèque Payot
n° 86, Paris.

4 - LA BIBLE,

Matthieu, 18, 7.

5 - J. LENNON & P. Mc CARTNEY

She's leaving home. The Apple, Liverpool, 1967.

6 - Code de la Santé Publique comprenant le code de déontologie.

7 - Code de la Sécurité Sociale

8 - Code Pénal

Références sur le même sujet

9 - Comité d'Action Santé. Médecine, ce n'est qu'un début.
Maspéro, Paris, 1968

10- I° congrès international de morale médicale, oct. 1955, Paris

11- 2° congrès international de morale médicale, mai 1966, Paris.

12 - P. GRANDJEAT

La santé gratuite. Seuil, Paris, 1965.

13 - S. LECLAIRE.

Psychanalyser. Seuil, Paris, 1968.

14 - C. LEVI-STRAUSS

Les structures élémentaires de la parenté
Mouton, Paris, 1967.

15 - La médecine confisquée.

Maspéro. Paris, 1969.

16 - G. TILLION.

Le harem et les cousins. Le seuil, Paris, 1966.

2° chapitre : le dispensaire

Ouvrages cités

1 - E. GOFFMAN

Asiles. Ed. de minuit, Paris, 1968. pp. 132-133.

2 - L. BONNAFE et G. DAUMEZON

Pour réfléchir à la relation médecin-malade dans le futur service
psychiatrique public de secteur.

Information psychiatrique, oct. 1959 pp 451-468.

3 - CH. PERROW

Hospitals. in : Handbook of organizations

Rand Mc Nally & C°, Chicago, 1965. pp 910-971.

4 - Le Petit Robert

Paris, 1967.

5 - Indicateur des consultations et secteurs d'hygiène mentale dans le
département de la Seine. Préfecture de la Seine ; avril 1966.

6 - H. GUETZKOW

Communications in organizations. Handbook of organizations
pp 534-573.

7 - A. JEANNEAU

Secteur, libre choix et service libre.
Information psychiatrique, mars 1963, pp 153-159.

8 -- D.J. LEVINSON & Coll..

Becoming a patient.
Archives of general psychiatry ; 1967, 17, pp 385-406.

9 - OGURA & BRADLEY

A look at the consultative process : the psychiatric team and community agencies. The psychiatric quaterly supplement 1967 v. 41, pp 17-35.

10 - UEBERSCHLAG

La protection du secret médical dans la vie administrative de l'hôpital psychiatrique et du dispensaire d'hygiène mentale.
Information psychiatrique, 1961, pp 464-465.

11 - A. ZALEZNIK

Interpersonal relations in organizations.
Handbook of organizations. pp 574-613.

3° chapitre : l'hygiène socialeOuvrages cités

1 - Guide Rosenwald.

Expansion scientifique française, Paris, 1969.

2 - Le Petit Robert

Paris, 1967.

3 - CH. NICOLLE

Le destin des maladies infectieuses. Paris, 1933.

4 - J. YOUNG

Hawaii Pono. Honolulu, 1959.

5 - R. GESSAIN

Ammasalik ou la civilisation obligatoire
Flammarion, Paris, 1969.

6 - P. MARLAND

Aspect actuel de la tuberculose pulmonaire
Le Concours Médical, 16/3/1968 pp 2237/2244.

7 - G. de FARAMOND

Une enquête franco-suédoise sur les maladies vénériennes.
Le Monde. 21/22 déc. 1969, p. 14.

8 - P. MARLAND

op. I cit. p. 2237.

9 - Dr ESCOFFIER-LAMBIOTTE

Le Monde. 31/12/1969. p. 12.

10 - Code de la Santé Publique, livre III

Références sur le même sujet

11 - L. BONNAFE

Thèses 1963 sur la psychiatrie de secteur
Information psychiatrique. nov. 63 pp 507/518.

12 - G. DAUMEZON

Le poids des structures. Esprit déc. 1952.

13 - G. DAUMEZON

Problèmes de la psychiatrie de secteur en France
Information psychiatrique, nov. 1964, pp 653/662.

14 - M. FOUCAULT

Histoire de la folie à l'âge classique. Plon, Paris, 1961.

15 - M. GOUREVITCH et J. POSTEL

Actualité de l'oeuvre d'Ed. Toulouse
Information psychiatrique, mars 1967, pp 271-301.

16 - R.H. HAZEMANN et P. FOUQUET

Le service de prophylaxie mentale de l'Office public d'hygiène
sociale de la Seine.
Annales Médico-Psychologiques, déc. 1943. T. II pp 347/350.

17 - MAO ZEDONG

De la pratique

18 - B. VIAN

L'arrache-cœur.
Jean-Jacques Pauvert, Paris, 1962.

